



Monitoring des hôpitaux amis des bébés

Maternités certifiées
(Baby-Friendly Hospital Initiative)

Rapport 2017

Une analyse réalisée sur mandat d'UNICEF Suisse

Institut Tropical et de Santé Publique Suisse
Juillet 2018

Rédaction
Anna Späth

Supervision
Prof. Dr med. Elisabeth Zemp Stutz

Table des matières

Résumé

1	Introduction	7
1.1	Historique	7
1.2	Garantie de la qualité en Suisse	8
2	Méthode	9
2.1	Monitoring/surveillance dans les maternités certifiées	9
2.2	Questionnaire et masque électronique	9
2.3	Indicateurs	9
2.4	Collectif de l'étude	10
2.4.1.	Hôpitaux qui ont participé	10
2.4.2.	Les nouveau-nés	11
2.4.3.	Exclusions	12
2.5	Exploitation statistique	13
3	Résultats	14
3.1	Les nouveau-nés	14
3.2	Les mères	15
3.3	Type d'accouchement, première mise au sein, premier contact peau à peau, rooming-in et durée du séjour	16
3.4	Alimentation	19
3.4.1	Enfants nés à terme et en bonne santé	19
3.4.2	Alimentation dans les cas de maladies ou de dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement maternel	20
3.4.3	Administration de suppléments hydriques et de préparations pour nourrissons	21
3.5	Moyens auxiliaires	23
3.6	Suivi après la sortie de la maternité	23
4	Résultats individuels des maternités	24
4.1	Comparaison des résultats individuels	24
4.1.1	Première mise au sein et contact peau à peau	24
4.1.2	Alimentation	26
4.1.3	Rooming-in	29
4.1.4	Biberons et sucettes	29
4.2	Différences entre les catégories d'hôpitaux	31
5	Réalisation des objectifs et comparaison aux années précédentes	34
5.1	Réalisation des objectifs (collectif du monitoring)	34
5.2	Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2017, enfants nés à terme et en bonne santé	37
5.3	Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2017, collectif du monitoring	40
6	Annexe	41
6.1	Scores obtenus par les hôpitaux	41
6.2	Statistique d'allaitement : échelle suisse d'évaluation 2017	42
6.3	Questionnaire 2017	43
7	Bibliographie	46

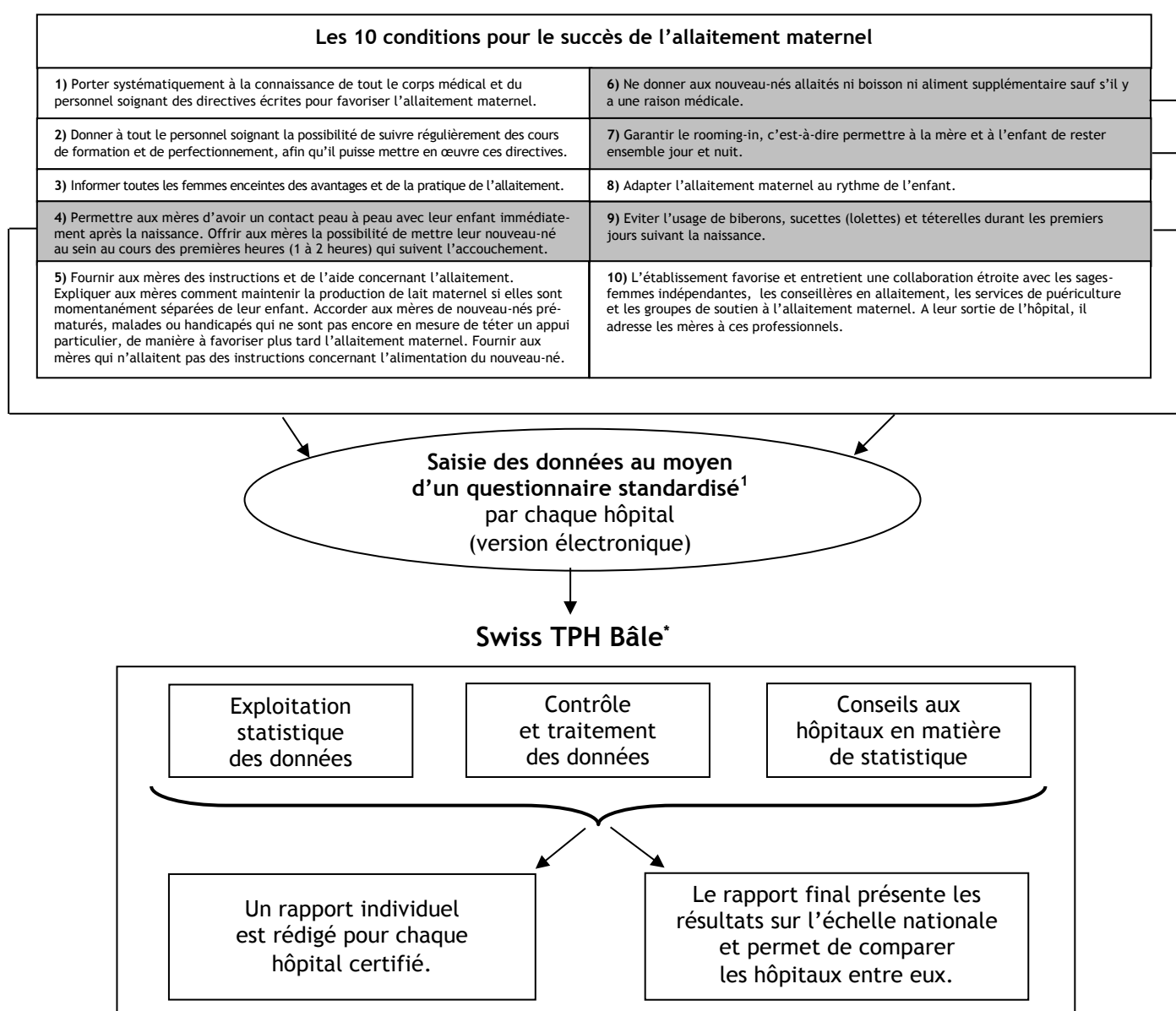
Résumé

Vue d'ensemble

Le présent rapport expose les données de l'année 2017 recueillies et exploitées dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) en Suisse. Les données de 26 des 27 hôpitaux certifiés ont pu être intégrées dans les statistiques.

Pour obtenir le label « hôpital ami des bébés » dix conditions doivent être remplies. Le monitoring ne comprend que les conditions 4, 6, 7 et 9, tandis que les autres sont évaluées sur place et ne font donc pas partie des rapports annuels. Le schéma ci-dessous donne un aperçu des paramètres pris en compte ainsi que de leur traitement.

Tâches incombant aux hôpitaux



¹ D'autres données concernant le nouveau-né, la mère et l'accouchement sont également saisies au moyen du questionnaire.

* Swiss Tropical and Public Health Institute

L'OMS et l'UNICEF ont rassemblé en 2017 les dernières connaissances concernant les dix conditions pour un allaitement réussi. En novembre 2017, ils ont publié les recommandations qui en ont résulté sous forme d'une « Guideline on protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services » [1]. Le fait que les standards ont une influence positive et durable sur l'allaitement maternel a pu être prouvé scientifiquement tant au niveau international, par le biais d'une revue systématique [2], que national, grâce à l'exploitation statistique des données collectées au cours du monitoring [3].

Résultats

Au cours de l'année 2017, les données relatives à 25'060 accouchements et 24'612 mères ont été recueillies. Les statistiques comprennent les enfants nés à terme et en bonne santé, soit en 2017 un collectif de 16'932 enfants (68 %) issus de 16'850 mères. L'évaluation du respect des conditions se fonde sur les jeux de données complets d'enfants nés à terme et en bonne santé (collectif du monitoring). Pour l'année 2017, ce collectif du monitoring se compose de 16'358 nouveau-nés (65 %).

En moyenne, les hôpitaux amis des bébés ont respecté toutes les conditions selon les exigences de l'échelle d'évaluation 2017, établie par UNICEF Suisse. D'excellents résultats ont été obtenus pour le contact peau à peau au cours de la première heure (95 %), la première mise au sein au cours des deux premières heures (91 %), le rooming-in ininterrompu (97 %), le renoncement aux sucettes (81 %) et la proportion de nouveau-nés qui étaient allaités lorsqu'ils ont quitté la maternité (96 %). Le pourcentage de l'allaitement exclusif au moment de la sortie (62 %) est jugé satisfaisant. Des résultats non satisfaisants ont été enregistrés pour le renoncement au biberon (78 %) ainsi que, et ce pour la première fois, en ce qui concerne la proportion d'enfants qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (79 %).

Si la proportion d'enfants nés en bonne santé qui ont profité d'un allaitement exclusif durant le post-partum est restée inchangée à 62 %, celle de l'allaitement prédominant a de nouveau diminuée ; pour la première fois depuis le début du monitoring, elle est tombée en dessous des 10 %. Le pourcentage des enfants nés en bonne santé qui ont reçu des préparations pour nourrissons avant de quitter la maternité a constamment augmenté au cours des dernières années pour atteindre en 2017 un niveau record de 16 %.

Si l'on ne considère que les mères en bon état de santé et les enfants nés à terme et en bonne santé, 4.8 cas sur mille étaient des naissances multiples ; ce nombre s'élève à 17.9 pour l'ensemble des naissances enregistrées. La proportion de césariennes était de 25.5 % (30.1 % pour l'ensemble des naissances), ce qui représente un léger recul par rapport à 2016. En moyenne, les mères étaient âgées de 31.9 ans (30.8 ans en 2016) et avaient 1.7 enfant. Comme l'année précédente, 89 % des mères avaient une assurance de base et 55 % étaient de nationalité suisse. Chez les mères en bon état de santé et leurs enfants, la durée moyenne du contact peau à peau après l'accouchement était de 104 minutes (médiane : 90 minutes).

Les enfants qui sont nés par voie basse ont eu un contact peau à peau juste après dans 93 % des cas ; dans 99 % des cas, ce contact a eu lieu au cours de la première heure de vie. 95 % de ces enfants ont effectué la première tentative de tétée durant le premier contact peau à peau. Suite à une césarienne, 43 % des nouveau-nés ont été mis sur la poitrine de la mère juste après l'accouchement (2016 : 41 %). 83 % des enfants en bonne santé nés par césarienne, ont eu un contact peau à peau avec la mère durant la première heure de vie, 78 % ont effectué la première tentative de tétée au cours de cette période.

Conclusions

Les prestations des hôpitaux amis des bébés en Suisse sont de grande qualité en ce qui concerne le renforcement du lien mère-enfant et l'encouragement de l'allaitement maternel. La majorité des enfants bénéficient d'un contact peau à peau juste après la naissance et en règle générale, le nouveau-né a la possibilité de passer tout le séjour à la maternité en compagnie de sa mère. La proportion d'enfants qui sont exclusivement nourris au sein s'est stabilisé à un haut niveau depuis trois ans. 96 % des enfants nés dans les hôpitaux certifiés étaient allaités au moment de quitter la maternité.

Si les résultats des hôpitaux certifiés restent satisfaisants pour ce qui est de l'allaitement exclusif (62 %), il faut constater une tendance à utiliser plus souvent des biberons et des préparations pour nourrissons. La proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont reçu des préparations pour nourrissons pendant le post-partum et au cours des 24 heures précédant la sortie de la maternité a ainsi légèrement augmenté ces dernières années (2015 : 13.4 %, 2016 : 15.4 %, 2017 : 16.0 %). Cette tendance doit être considérée en relation avec le léger recul de la durée moyenne du séjour des couples mère-enfant en bonne santé (2015 : 3.4 jours, 2016 : 3.3 jours, 2017 : 3.2 jours). Afin d'assurer la promotion de l'allaitement maternel également après la sortie de la maternité, il est important de respecter la condition numéro 10 ainsi que le code international de commercialisation des substituts du lait maternel¹. La condition 10 oblige les hôpitaux amis des bébés à encourager les mères à continuer d'allaiter en leur assurant un encadrement continu par des sages-femmes indépendantes, des conseillères en allaitement maternel, des services de consultation parents-enfants et des groupes de soutien à l'allaitement maternel. En combinaison avec les dix conditions, le code international pose le fondement des indicateurs de qualité pour les hôpitaux amis des bébés. Il interdit, entre autres, la remise de préparations pour nourrissons aux mères quand elles quittent la maternité.

L'encadrement des jeunes mères qui ne disposent que de faibles connaissances des langues nationales reste un problème particulier. La compréhension orale était difficile, voire impossible avec une femme sur dix et même avec une femme sur cinq chez les femmes de nationalité étrangère. Afin de proposer un soutien de qualité en matière d'allaitement, il est pourtant indispensable de communiquer. Dans le cadre du programme d'action « Migrant Friendly Hospitals » 2008-2013, l'Office fédéral de la santé publique a abordé ce thème. Il a mandaté une analyse (étude BRIDGE²) qui a démontré que les malentendus et les traductions erronées ne sont pas rares si on parle de l'allaitement maternel. Le personnel soignant, les sages-femmes indépendantes, les consultantes en lactation et les puéricultrices sont ainsi confrontés à un défi de taille.

¹ Voir <https://www.unicef.ch/fr/nous-aidons-ainsi/en-suisse/hopitaux-amis-des-bebes>

² Voir <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevölkerung.html>

1 Introduction

1.1 Historique

Malgré les nombreux avantages que présente l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant [4-6] la fréquence et la durée de l'allaitement avaient fortement diminué au cours des années 1960 à 1980 dans les pays industrialisés [7]. Afin de lutter contre cette tendance, l'UNICEF et l'OMS ont lancé en 1992 l'initiative internationale Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), qui a pour but de mettre en place des conditions optimales pour favoriser l'allaitement maternel [8]. Les maternités respectant les dix conditions formulées à ce propos et le code international de commercialisation des substituts du lait maternel sont certifiées par l'UNICEF.

En Suisse, l'IHAB a été lancée en 1994. Un groupe de travail de l'UNICEF (de 1994 à 2000), puis la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel³ (de 2000 à 2011) étaient responsables de la mise en œuvre des dix conditions, de l'attribution du certificat « favorable à l'allaitement maternel » et de l'évaluation des maternités.

Une enquête réalisée sur mandat d'UNICEF Suisse en 2009⁴ a démontré que l'utilité du label est jugée bonne en ce qui concerne la gestion de la qualité et la promotion de l'allaitement maternel, mais faible en ce qui concerne la notoriété et le marketing. La majorité des participants se sont déclarés insatisfaits du flux d'informations entre la fondation et les cliniques ainsi que des possibilités d'échanges entre les cliniques. Un engagement plus intensif de la part de la fondation, respectivement d'UNICEF Suisse, a été souhaité notamment dans les domaines formation continue en matière de la mise en pratique des dix conditions, gestion de projets et de processus, accompagnement professionnel des processus. Si l'utilité des statistiques en tant qu'instrument de gestion de la qualité n'était pas contestée, le temps qu'il faut investir pour les mener a fait l'objet de critiques. Une majorité des participants ont exprimé l'avis que le poids accordé aux statistiques lors des évaluations était trop grand.

Sur la base de ce rapport, un relancement du label sous le nom de « hôpital ami des bébés » a été entrepris en 2012.⁵ L'accent est désormais mis sur l'évaluation des processus plutôt que sur les statistiques. En même temps et pour la première fois, des normes ont été définies de manière moins rigide, à savoir celles concernant les conditions 7 (rooming-in) et 9 (utilisation de sucettes). L'ajout « sauf une ou deux exceptions » a été apporté à l'exigence « auprès de la mère durant tout le séjour ». En ce qui concerne les moyens auxiliaires, le taux limite pour l'utilisation de sucettes a été réduit de 80 % à 66 %.

Malgré ces modifications, le nombre de cliniques certifiées continue à reculer en Suisse. Cette tendance s'observe d'ailleurs au niveau mondial, constat dressé lors du congrès international au sujet de l'IHAB, organisé par l'UNICEF et l'OMS et qui s'est tenu à Genève du 24 au 26 octobre 2016⁶. En 2017, un groupe de travail de l'OMS et de l'UNICEF a rassemblé les connaissances actuelles concernant les dix conditions pour un allaitement réussi et présenté

³ Aujourd'hui Promotion allaitement maternel Suisse (www.allaiter.ch). L'organe responsable de la fondation est composé d'institutions gouvernementales, d'organisations non gouvernementales, d'assurances-maladie et de différentes associations professionnelles et spécialisées.

⁴ Conzelmann C, Neupositionierung des BFHI-Labels in der Schweiz, UNICEF Schweiz, 2009

⁵ Voir <https://www.unicef.ch/fr/nous-aidons-ainsi/en-suisse/hopitaux-amis-des-bebes> (consulté en mai 2018)

⁶ Voir http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_report.pdf?ua=1 (consulté en mai 2018)

les résultats au mois de novembre [1]. Sur cette base, un guide pour l'implémentation de la protection et promotion de l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier a été publié en avril 2018.⁷ Ceci reflète l'intention de l'OMS et de l'UNICEF de développer l'initiative et de créer une recommandation concrète visant à transformer les dix conditions en standards nationaux. En ce qui concerne la Suisse, cette recommandation signifie que les standards de qualité doivent être appliqués non seulement dans les maternités mais également dans d'autres services, comme par exemple la néonatalogie.

1.2 Garantie de la qualité en Suisse

L'IHAB va de pair avec un contrôle de qualité complet qui consiste en :

- une **évaluation des mesures favorisant l'allaitement maternel à la clinique** mise au point par une équipe d'expertes. L'évaluation met en évidence le *niveau structurel* à même titre que le *processus de développement*. Cela concerne, par exemple, le développement de critères d'allaitement propres à l'hôpital, la formation continue du personnel et l'organisation d'un suivi global après la sortie de l'hôpital.
- un **monitoring des pratiques d'allaitement dans les services de maternité**. Les pratiques observées sont contrôlées continuellement au moyen de statistiques menées sur chaque couple mère-enfant. Les résultats sont publiés dans un rapport annuel, établi par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH).
- une **enquête auprès des mères dans les premiers mois après la naissance** menée tous les dix ans (enquête suisse sur l'allaitement maternel en 1994 [7], enquête suisse sur l'alimentation des nouveau-nés au cours des neuf premiers mois en 2003 [9], « Swiss Infant Feeding Study » SWIFS en 2014 [10]).

Grâce au monitoring continu il a pu être démontré pour la Suisse également que les conditions-cadre appropriées ont une influence positive sur la gestion de l'allaitement et la fréquence de l'allaitement exclusif [11] et que durant la période de 2000 à 2008, des améliorations significatives ont été réalisées pour trois des quatre conditions [12]. En tenant compte des résultats de l'enquête suisse sur l'alimentation des nouveau-nés, réalisée en 2003 [9], on a également pu montrer que les enfants nés dans les maternités certifiées sont allaités plus longtemps que ceux nés dans les autres maternités [13]. Ceci est valable en premier lieu pour les établissements qui respectent scrupuleusement les dix conditions. Les résultats de la « Swiss Infant Feeding Study » (SWIFS), menée en 2014, indiquent que ce sont surtout le rooming-in et le renoncement aux préparations pour nourrissons qui influent de manière positive sur la durée de l'allaitement exclusif et complet ainsi que sur la durée totale d'allaitement. Le risque de sevrage est deux fois plus élevé chez les enfants qui ont reçu une préparation pour nourrissons au moins une fois durant leur séjour à l'hôpital [10].

⁷ Voir <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/> (consulté en juin 2018)

2 Méthode

2.1 *Monitoring/surveillance dans les maternités certifiées*

Un relevé des données concernant chaque nouveau-né dans les hôpitaux certifiés, introduit en 1999, permet d'évaluer les mesures visant à favoriser l'allaitement maternel. Ce monitoring qui se base sur un questionnaire standardisé, à remplir pour chaque couple mère-enfant, a été poursuivi et continuellement adapté.

2.2 *Questionnaire et masque électronique*

Le questionnaire, disponible en français, allemand et italien (voir annexe) peut être subdivisé en neuf unités thématiques :

1. Informations générales concernant la mère
2. Santé de la mère
3. Accouchement
4. Informations générales concernant le nouveau-né
5. Santé de l'enfant
6. Début de l'allaitement maternel
7. Rooming-in/cohabitation
8. Alimentation
9. Moyens auxiliaires artificiels

Les questionnaires ont été remplis par les sages-femmes, les consultantes en lactation et le personnel soignant. Afin de pouvoir donner aux hôpitaux un feed-back immédiat sur leurs résultats, dans le cadre du système de surveillance, une version électronique du questionnaire (Excel) permet d'exploiter directement les données enregistrées. Il est ainsi possible d'utiliser les statistiques comme instrument de gestion. Une fois la saisie des données terminée, le Swiss TPH les a contrôlées et corrigées.

2.3 *Indicateurs*

a) Indicateurs concernant l'alimentation (selon les définitions de l'OMS) :

- Allaitement exclusif (OMS : exclusive breastfeeding) : pas d'autre liquide que le lait maternel, pas d'eau, pas de tisanes. Sont seules autorisées les gouttes avec les médicaments ou les vitamines.
- Allaitement prédominant (OMS : predominant breastfeeding) : lait maternel et autres liquides aqueux, comme par exemple les solutions de maltodextrine à 10 %. Pas de préparation pour nourrissons.
- Allaitement partiel (OMS : partial breastfeeding) : préparation pour nourrissons en complément au lait maternel.
- Sevrage : sevrage primaire (immédiatement après l'accouchement) et secondaire.

b) Indicateurs concernant les conditions-cadre dans les cliniques :

- Le rooming-in est défini comme une cohabitation ininterrompue (jour et nuit) de la mère et de l'enfant avec au maximum une séparation, pendant la journée, qui ne dure pas plus de deux heures. Une ou deux exceptions sont admises : sur demande de la mère, le personnel soignant peut s'occuper de l'enfant entre deux tétées, le jour ou la nuit, pendant trois à quatre heures. Si, lors de leur séjour à la maternité, la mère et l'enfant sont restés ensemble au moins une fois pendant 24 heures, ceci est considéré comme une forme atténuée du rooming-in.
- Première mise au sein du nouveau-né, indépendamment de la réussite ou de l'échec de l'essai.
- Moment et durée du premier contact peau à peau entre la mère et l'enfant.
- Utilisation de moyens auxiliaires, comme par exemple biberons et sucettes.

2.4 Collectif de l'étude

2.4.1. Hôpitaux qui ont participé

En 2017, 27 maternités étaient certifiées, soit deux de moins que l'année précédente. 26 d'entre elles ont fait l'objet du monitoring.

La classification des hôpitaux dans les catégories A et B se base sur la liste des établissements de formation continue pour l'obstétrique et la gynécologie de la FMH⁸. Le tableau 1 présente la répartition des naissances par catégorie d'hôpitaux.

Tableau 1 Distribution des hôpitaux et des naissances selon la catégorie d'hôpitaux

Catégorie d'hôpitaux	A	B	Maison de naissance	Clinique privée	Total
Nombre d'hôpitaux	5	19	1	1	26
Nombre total de naissances	9'475	14'860	186	539	25'060
Enfants nés à terme*	8'364 (88 %)	14'109 (95 %)	182 (98 %)	497 (92 %)	23'152 (92 %)
Enfants nés à terme et en bonne santé*	6'239 (66 %)	10'153 (68 %)	160 (86 %)	380 (71 %)	16'932 (68 %)
Enfants nés à terme et en bonne santé, jeux de données complets	5'983 (63 %)	9'851 (66 %)	147 (79 %)	377 (70 %)	16'358 (65 %)

* Pour les définitions, voir tableau 2

⁸ Registre des établissements de formation postgradué certifiés de la FMH : <http://www.siwf-register.ch> (consulté en mai 2018)

2.4.2. Les nouveau-nés

L'Initiative Hôpitaux Amis des BébéS a pour objectif de promouvoir l'allaitement des nouveau-nés en bonne santé lors de leur séjour à la maternité. Des recommandations spécifiques sont valables pour les enfants souffrant d'une pathologie de base préexistante, pour les prématurés ou les enfants dont la mère souffre de graves problèmes médicaux. Par conséquent, ces cas ne sont pas pris en compte lors de l'évaluation du respect des conditions.

Le présent rapport se base sur les données relatives aux enfants nés à terme et en bonne santé. Pour l'évaluation du respect des conditions faisant partie du monitoring certains jeux de données ont été exclus. Le collectif du monitoring ne comprend ainsi ni les cas où les données concernant le rooming-in, la première mise au sein, l'utilisation de moyens auxiliaires ou l'alimentation sont incomplètes, ni les cas où la mère a décidé dès le début de ne pas allaiter.

Tableau 2 Définitions des différents collectifs

Enfants nés à terme	Tous les nouveau-nés avec un âge gestationnel entre 259 et 294 jours (resp. 37 et 42 semaines de grossesse)
Enfants nés à terme et en bonne santé	Tous les enfants nés à terme avec un poids à la naissance entre 2500 et 4500 grammes, qui ne présentent pas de pathologie de base, qui n'ont pas été transférés à une autre station et dont la mère ne souffre pas de graves problèmes médicaux
Collectif du monitoring	Tous les enfants nés à terme et en bonne santé qui ne sont pas nés en ambulatoire, qui n'ont pas été sevrés sur désir de la mère et pour lesquels les données relatives aux quatre indicateurs inclus dans le monitoring (première mise au sein, alimentation, rooming-in, moyens auxiliaires) sont complètes

2.4.3. Exclusions

Les pourcentages sont les mêmes que l'année précédente en ce qui concerne les enfants nés à terme et les enfants nés à terme et en bonne santé. Le collectif du monitoring a diminué de 1 % par rapport à 2016.

En comparaison à l'année précédente, les exclusions étaient plus souvent dues aux problèmes médicaux des mères (2017 : 13.6 %, 2016 : 12.6 %). Les autres critères d'exclusion ne montrent que peu de changements (prématurés -0.2 %, pathologie de base de l'enfant -0.3 %, données incomplètes +0.2 %).

Tableau 3 Nouveau-nés exclus de l'analyse, nombre et pourcentage, selon les critères d'exclusion

	Nombre	% de tous les questionnaires
Nombre total de naissances 2017	25'060	100 %
Critères d'exclusion		
Age gestationnel <37 semaines (259 jours)	1'843	7.4
Age gestationnel >42 semaines (294 jours)	50	0.2
Enfants nés à terme*	23'152	92 %
Naissance à terme, poids <2500 g	584	2.5
Naissance à terme, poids >4500 g	166	0.7
Transfert de l'enfant	1'016	4.4
Naissance à terme, pathologie de base de l'enfant	2'802	12.1
Naissance à terme, problème médical de la mère	3'147	13.6
Nombre total d'exclus par définition	8'128	32 %
Enfants nés à terme et en bonne santé	16'932	68 %
Désir de la mère de ne pas allaiter (sevrage primaire)	70	0.4
Données incomplètes	250	1.5
Accouchement ambulatoire	291	1.7
Nombre total de nouveau-nés exclus	8'702	35 %
Collectif du monitoring	16'358	65 %

Vu la possibilité de réponses multiples le total des pourcentages peut dépasser 100 %.

Les pourcentages dans les champs en couleur se rapportent au nombre total de naissances.

Les pourcentages dans les champs blancs font référence au collectif correspondant indiqué dans le sous-titre précédent.

* L'âge gestationnel n'a pas été indiqué dans 41 jeux de données ; 15 enfants ont été exclus du collectif des enfants nés à terme à cause d'informations supplémentaires.

2.5 Exploitation statistique

Dans un premier temps, les données pour le collectif de l'étude sont exploitées de manière descriptive. Les prévalences brutes et corrigées des différents indicateurs relatifs au respect des conditions (première mise au sein, alimentation, rooming-in, utilisation de moyens auxiliaires) sont ensuite établies pour chaque maternité. Elles sont standardisées en utilisant un modèle de régression logistique permettant de corriger les différences entre les hôpitaux qui émanent des facteurs suivants : nationalité, type d'assurance, naissances multiples, âge de la mère, parité, poids à la naissance, césarienne et situation médicale de la mère. Cette manière de procéder permet de comparer plus objectivement les hôpitaux entre eux puisque les facteurs inhérents à la mère et à l'enfant sont pris en compte.

Il est ensuite établi pour tous les établissements à quel degré les objectifs de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé ont été atteints. Chaque condition est répartie en conditions partielles. Une condition est considérée comme « remplie » si les deux conditions partielles sont remplies, comme « partiellement remplie » si une condition partielle est remplie et comme « non remplie » si aucune condition partielle n'est remplie. Les valeurs indicatives correspondantes sont présentées dans le tableau 4. Le score est calculé en additionnant les points (1 point pour chaque condition remplie ; 0.5 point pour une condition partielle remplie).

Tableau 4 Critères pour le respect des conditions, établis par UNICEF Suisse

	Condition partielle remplie	Condition remplie
Condition 4 : Première mise au sein		
a) Contact peau à peau au cours de la première heure	80 % et plus	a+b remplies
b) Première mise au sein au cours des deux premières heures	80 % et plus	
Condition 6 : Alimentation		
a) Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant)	80 % et plus	a+b remplies
b) Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein	50 % et plus	
Condition 7 : Rooming-in		
a) Pourcentage du rooming-in ininterrompu (enfant toujours auprès de la mère sauf 1 ou 2 exceptions)	50 % et plus	a+b remplies
b) Pourcentage des nouveau-nés qui ont été au moins une fois auprès de la mère pendant 24 heures	80 % et plus	
Condition 9 : Moyens auxiliaires artificiels		
a) Pas de biberon	80 % et plus	a+b remplies
b) Pas de sucette	66 % et plus	

3 Résultats

3.1 Les nouveau-nés

En 2017, 87'381 enfants ont vu le jour dans les hôpitaux suisses (Office fédéral de la statistique)⁹. Le collectif de la présente étude comprend 25'060 enfants nés dans 26 maternités, soit près de 29 % de tous les nouveau-nés enregistrés en Suisse. Parmi eux, 68 % étaient des enfants nés à terme et en bonne santé (n = 16'932, voir tableau 3). L'évaluation du respect des conditions s'est basée sur le collectif du monitoring, composé de 65 % des jeux de données (n = 16'358 ; voir tableau 3). 50.6 % des enfants nés à terme et en bonne santé étaient des garçons, 49.4 % des filles. Si l'on ne considère que les mères en bon état de santé et leurs enfants nés à terme et en bonne santé, 4.8 cas sur mille étaient des naissances multiples ; ce nombre s'élève à 17.9 pour l'ensemble des naissances enregistrées. En moyenne, les enfants nés à terme et en bonne santé avaient un poids à la naissance de 3391 g (médiane : 3380 g). Parmi les problèmes médicaux des nouveau-nés, une perte de poids de plus de 10 % (3.4 %), l'hypoglycémie (3.0 %) et l'acidose (2.9 %) étaient le plus souvent indiquées. Suivent le syndrome de détresse respiratoire (2.0 %) et l'hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie (1.3 %). Pour 12.7 % des enfants, des dispositions médicales susceptibles d'entraver l'allaitement ont été mentionnées sous « autres », dont notamment une croissance retardée ou une naissance prématurée.

Tableau 5 Mentions de problèmes médicaux des nouveau-nés (n = 25'060)

Problème médical	N*	%
Mention d'une disposition médicale quelconque	3'179	12.7
Perte de poids >10 %	841	3.4
Hypoglycémie	745	3.0
Acidose	728	2.9
Syndrome de détresse respiratoire	494	2.0
Hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie	320	1.3
Hypothermie	171	0.7
Asphyxie	83	0.3
Diabète chez l'enfant	82	0.3
Sepsis	34	0.1
Hémolyse	24	0.1
Contre-indication concernant l'enfant	22	0.1
Trisomie 21	15	0.1
Maladie métabolique	2	-

* Plusieurs mentions possibles

⁹ Voir <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/naissances-deces.html> (consulté le 26 juillet 2018)

3.2 Les mères

Le tableau 6 donne un aperçu des caractéristiques des mères. Afin de ne pas prendre en compte plusieurs fois les naissances multiples, les résultats se réfèrent au nombre de mères.

Tableau 6 Caractéristiques des mères

Variable	Catégorie	Couples mère-enfant en bonne santé (n = 16'850)		Total des couples mère-enfant (n = 24'612)	
		Nombre	%	Nombre	%
Nationalité	suisse	9'303	55.2	13'481	54.8
	pas suisse	7'519	44.6	11'090	45.0
	données manquantes	28	0.2	41	0.2
Assurance	de base	14'970	88.8	21'965	89.2
	semi-privée/privée	1'847	11.0	2'603	10.6
	données manquantes	33	0.2	44	0.2
Catégorie de chambre	chambre à plusieurs lits	13'186	78.3	19'278	78.3
	chambre individuelle	3'100	18.4	4'537	18.4
	données manquantes	564	3.3	797	3.3
Compréhension orale	possible	15'163	90.0	22'054	89.6
	impossible / avec difficulté	1'649	9.8	2'503	10.2
	données manquantes	38	0.2	55	0.2
Moyennes (écart type)					
Age		31.9 ans (5.0)		32.0 ans (5.0)	
Parité		1.7 enfant (0.9)		1.7 enfant (0.9)	

Parmi les mères qui n'étaient pas d'origine suisse (45 % du total), « autre » a été le plus souvent indiqué (17.9 %), suivi des pays d'origine Allemagne (5.7 %), Portugal (3.8 %), Italie (3.1 %), Kosovo (2.7 %), France (1.8 %), Macédoine (1.7 %), Turquie (1.7 %), Espagne (1.1 %), Serbie (1.0 %), Albanie (1.0 %), Brésil (0.7 %), Sri Lanka (0.7 %), Bosnie (0.6 %), Etats-Unis (0.6 %), Grande-Bretagne (0.5 %) et Croatie (0.4 %). Dans 0.2 % des cas, la nationalité de la mère n'a pas été mentionnée.

Une compréhension orale était difficile, voire impossible avec 10 % des mères. Cette proportion a doublé de 2008 (5.5 %) à 2016 (11.0 %). Les difficultés de communication étaient nettement plus fréquentes chez les femmes de nationalité étrangère (21.8 %) que chez les femmes suisses (0.5 %).

3.3 Type d'accouchement, première mise au sein, premier contact peau à peau, rooming-in et durée du séjour

En ce qui concerne les couples mère-enfant en bonne santé, trois accouchements sur quatre ont lieu par voie basse, dans la plupart des cas de manière spontanée (voir tableau 7). Parmi les mères d'enfants nés à terme et en bonne santé, le taux de césariennes (primaire, secondaire ou d'urgence) a légèrement diminué à 25.5 % (26.1 % en 2016). En Suisse, un enfant sur trois vient au monde par césarienne¹⁰. Cette proportion est donc moins élevée dans les hôpitaux amis des bébés avec 30 % (toutes les naissances).

Tableau 7 Types d'accouchement, rangés selon la fréquence

Type d'accouchement	Couples mère-enfant en bonne santé (n = 16'850)		Total des couples mère-enfant (n = 24'612)	
	Nombre	%	Nombre	%
Par voie basse				
spontané	10'925	64.8	14'667	59.6
ventouse	1'501	8.9	2'330	9.5
forceps	116	0.7	206	0.8
Total par voie basse	12'542	74.4	17'203	69.9
Césarienne				
primaire	2'197	13.0	3'642	14.8
secondaire	1'680	10.0	2'882	11.7
d'urgence	422	2.5	873	3.5
Total césariennes	4'299	25.5	7'397	30.0
Données manquantes	9	0.1	12	0.1

Les valeurs pour le contact peau à peau dès l'accouchement et la première mise au sein n'ont guère changé par rapport aux années précédentes : 80 % des enfants en bonne santé ont eu un contact peau à peau avec la mère immédiatement après l'accouchement ; s'y ajoutent 14 % au cours de la première heure de vie (voir tableau 8). 90 % des enfants en bonne santé ont fait une première tentative de tétée pendant le premier contact peau à peau. La durée moyenne du premier contact peau à peau (104 minutes, médiane 90 minutes) est similaire à celle de l'année précédente (voir tableau 9). Les variations marquées entre les valeurs individuelles (de 55 à 320 minutes) montrent toutefois qu'il existe des différences entre les hôpitaux concernant la pratique du bonding. La durée du premier contact peau à peau dépend également du type d'accouchement. Parmi les enfants nés à terme et en bonne santé, ceux nés par voie basse ont en règle générale immédiatement eu un contact peau à peau avec la mère (93 %). Suite à une césarienne, 43 % des enfants ont été immédiatement posés sur la poitrine nue de la mère ; cette valeur est restée à un haut niveau au cours des dernières années (2012 : 32 %, 2013 : 36 %, 2014 : 37 %, 2015 : 42 % ; 2016 : 41 %). Dans 99 % des cas

¹⁰ Selon un rapport établi suite à un postulat déposé par la conseillère aux Etats Liliane Maury Pasquier et publié en février 2013.

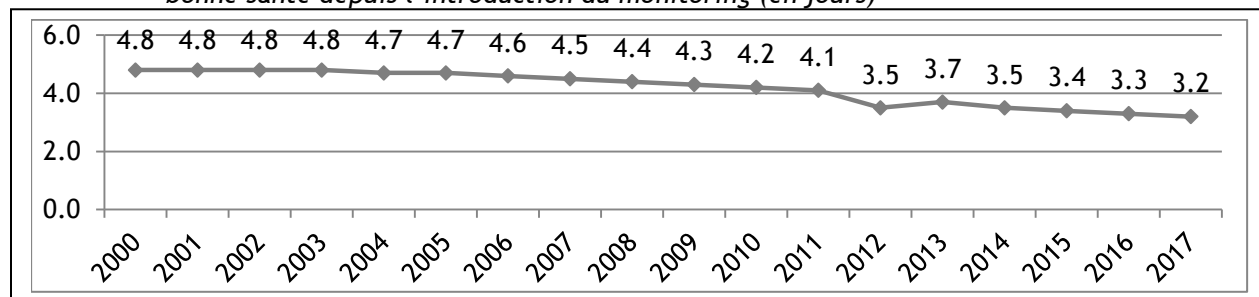
(98 % en 2016), les enfants nés par voie basse ont eu un contact peau à peau avec la mère au cours de la première heure de vie (enfants nés à terme et en bonne santé). Cette proportion était de 83 % après une césarienne (2016 : 84 %). La durée moyenne du contact était moindre après une césarienne, mais l'écart a diminué à trois minutes (voir tableau 9). Le premier contact peau à peau est un facteur déterminant pour le succès et la durée de l'allaitement maternel [14]. Les enfants nés par césarienne en profitent un peu plus tard, mais de manière aussi intense que ceux nés par voie basse. Durant cette phase, 95 % des enfants nés par voie basse et 78 % de ceux nés par césarienne ont entrepris une première tentative de tétée. Le nombre d'enfants nés à terme et en bonne santé qui n'ont pas été mis au sein et n'ont donc pas reçu de colostrum était un peu plus élevé qu'en 2016 (2.3 vs 2.1 %).

Tableau 8 Indicateurs pris en compte pour le monitoring, pour l'ensemble des enfants nés à terme et en bonne santé et selon le type d'accouchement

Variable	Catégorie	Total (n = 16'932)	Accouchement spontané (n = 12'561)		Césarienne (n = 4'362)	
		%	Nombre	%	Nombre	%
Contact peau à peau après la naissance	dès la naissance	80.3	11'731	93.4	1'853	42.5
	au cours de la première heure	14.2	656	5.2	1'759	40.3
	plus tard	5.2	136	1.1	739	16.9
	données manquantes	0.3	38	0.3	11	0.3
Première tentative de tétée	durant le premier contact peau à peau	90.1	11'867	94.5	3'382	77.5
	plus tard	6.8	356	2.8	796	18.2
	aucune mise au sein	2.3	247	2.0	150	3.4
	données manquantes	0.8	91	0.7	34	0.8
Rooming-in	toujours auprès de la mère	75.3	9'843	78.3	2'893	66.3
	auprès de la mère sauf 1 ou 2 exceptions	21.1	2'333	18.6	1'235	28.3
	au moins 1 x 24 h auprès de la mère	2.5	241	1.9	188	4.3
	autres	0.8	98	0.8	37	0.9
	données manquantes	0.3	46	0.4	9	0.2

La durée du séjour à la maternité est calculée comme suit : date de la sortie – date de l'accouchement. Elle a continuellement diminué depuis le début du monitoring (voir figure 1).

Figure 1 Evolution de la durée moyenne du séjour de mères avec des enfants nés à terme et en bonne santé depuis l'introduction du monitoring (en jours)



En 2017, la durée moyenne du séjour était de 3.2 jours (voir figure 1). Les mères qui ont accouché par voie basse sont restées à l'hôpital pendant 2.9 jours (médiane : 3 jours ; voir tableau 9), celles ayant subi une césarienne pendant 4.1 jours (médiane : 4 jours). Par rapport à l'année 2015, la durée du séjour a baissé d'environ un jour dans les cas de césariennes (médiane 2015 : 5 jours, 2016 : 4.3 jours, 2017 : 4.2 jours).

Tableau 9 *Durée du premier contact peau à peau et durée du séjour de la mère (enfants nés à terme et en bonne santé)*

		Total (n = 16'932)	Accouchement spontané (n = 12'561)	Césarienne (n = 4'362)
Durée du premier contact peau à peau	Moyenne (écart type)	104 min. (88)	105 min. (76)	102 min. (120)
	Médiane	90 min.	90 min.	80 min.
Durée du séjour de la mère	Moyenne (écart type)	3.2 jours (1.2)	2.9 jours (1.0)	4.1 jours (1.2)
	Médiane	3 jours	3 jours	4 jours

Dans les cas où la mère et l'enfant étaient en bonne santé, 56 % des accouchements par voie basse ont été effectués sans analgésie. Une PDA s'est avérée nécessaire dans 31 % de tous les accouchements par voie basse (2015 : 31 % ; 2016 : 30 %). Il existe une relation entre le déroulement de l'accouchement et l'administration d'analgésiques (voir tableau 10). Cette dernière était significativement plus fréquente dans les cas où un forceps ou une ventouse ont été utilisés que lors des accouchements spontanés. Il faut toutefois noter que 87 % des accouchements par voie basse ont été spontanés et que le forceps a été utilisé dans 1 % des cas seulement, la ventouse dans 12 % des cas (proportions similaires aux quatre années précédentes).

Tableau 10 *Analgésie lors d'accouchements par voie basse (n = 12'561)*

Analgésie	Par voie basse, spontané		Par voie basse, forceps		Par voie basse, ventouse	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Aucune	6'425	58.8	10	8.6	325	21.5
PDA	2'876	26.3	69	59.5	935	62.0
PCA	655	6.0	24	20.7	84	5.6
Autres	954	8.7	13	11.2	157	10.4
Données manquantes	26	0.2	0	0	8	0.5

3.4 Alimentation

3.4.1 Enfants nés à terme et en bonne santé

Le pourcentage des enfants qui ont reçu du lait maternel après la naissance (97 %) et celui du sevrage primaire (environ 3 %) sont restés constants au cours des sept dernières années. Celui des enfants exclusivement allaités (62 %) est similaire aux deux années précédentes. Le taux d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitements exclusif et prédominant) a encore baissé de 1 % et se situe à près de 79 %. La tendance à donner des aliments supplémentaires au cours des 24 heures avant la sortie de la maternité se poursuit donc (2012 : 9.5 %, 2013 : 12.4 %, 2014 : 11.6 %, 2015 : 13.4 %, 2016 : 15.4 %, 2017 : 15.4 %).

Tableau 11 Alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé (n = 16'932)

Début de l'allaitement	Lait maternel oui ou non ?	Durant le post-partum	A la sortie de la maternité	78.8 % complètement allaités à la sortie	94.8 % allaités à la sortie
90.1 % ont été mis au sein dans le cadre du premier contact peau à peau, au cours des deux premières heures de vie.	97.1 % ont reçu du lait maternel.	62.2 % allaitement exclusif	62.2 % allaitement exclusif		
		9.7 % allaitement prédominant	16.6 % allaitement prédominant		
6.8 % ont été mis au sein plus tard.		23.5 % allaitement partiel	16.0 % allaitement partiel		
2.3 % n'ont pas été mis au sein.	2.9 % sevrage primaire	1.5 % sevrage secondaire	4.4 % sevrés		
0.8 % données manquantes	-	3.1 % données manquantes	0.8 % données manquantes		

3.4.2 Alimentation dans les cas de maladies ou de dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement maternel

L'allaitement est fréquent chez les mères d'enfants nés à terme et en bonne santé même si elles présentent des dispositions médicales susceptibles d'influer sur l'allaitement maternel. Les facteurs pouvant entraver l'allaitement maternel comprennent notamment le tabagisme, les dépressions et autres maladies psychiques, les mamelons plats ou ombiliqués, l'atonie utérine post-partum, l'hypothyroïdie et d'autres dispositions médicales apportées à la main sur le questionnaire. 86 % de ces mères ont mis au sein leur enfant né à terme et en bonne santé dans le cadre du premier contact peau à peau, 9 % l'ont fait plus tard. Au début, 95 % des enfants de mères avec des dispositions médicales ont reçu du lait maternel. Durant le post-partum, 47 % ont été allaités de manière exclusive, 9 % de manière prédominante et 36 % partiellement (2015 : 33 %, 2016 : 37 %). 65 % d'entre eux étaient complètement allaités au moment de quitter la maternité, 26 % étaient partiellement allaités.

Parmi les mères atteintes de maladies ou de difficultés anatomiques (suite à une opération mammaire) qui, en règle générale, influent sur l'allaitement maternel, 80 % (2015 : 77 %, 2016 : 81 %) ont mis leur enfant au sein durant le premier contact peau à peau, 13 % à un moment ultérieur. Au début, 92 % des enfants de mères malades ont reçu du lait maternel. Durant le post-partum, l'allaitement était exclusif chez 25 %, prédominant chez 9 % et partiel chez 56 % des enfants. Un allaitement complet à la sortie de la maternité a été mentionné dans 54 % des cas, un allaitement partiel dans 34 % des cas.

78 % des enfants malades issus de mères en bonne santé ont été mis au sein dans le cadre du premier contact peau à peau, 20 % à un moment ultérieur. Au début, 98 % des enfants malades ont reçu du lait maternel. 17 % ont été allaités de manière exclusive, 5 % de manière prédominante et 74 % partiellement durant le post-partum. A la sortie de la maternité, 46 % des enfants malades étaient complètement allaités, 46 % partiellement (2015 : 39 %).

Les tableaux 12 et 13 présentent l'alimentation des enfants nés à terme souffrant d'une hyperbilirubinémie, d'une hypoglycémie ou d'une acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé pendant le post-partum et à la sortie. Un fait à relever en particulier : parmi les enfants nés à terme et partiellement allaités, le taux d'hyperbilirubinémie a augmenté de 10 % par rapport à l'année précédente.

Tableau 12 Alimentation des enfants nés à terme* souffrant de hyperbilirubinémie, hypoglycémie ou acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé (durant le post-partum)

Durant le post-partum					
	<i>n</i>	All. exclusif %	All. complet %	All. partiel %	Sevrage secondaire %
Enfants nés à terme et en bonne santé	16'932	62.2	9.7	23.5	1.5
Enfants nés à terme* souffrant de :					
hyperbilirubinémie	123	14.6	4.9	75.6	3.3
hypoglycémie	240	6.7	2.1	88.8	1.7
acidose	518	36.9	8.7	51.4	1.4

* Enfants nés à terme, poids à la naissance entre 2500 et 4500 g, pas de transfert, mère en bonne santé. Les pathologies multiples n'ont pu être exclues.

Tableau 13 Alimentation des enfants nés à terme* souffrant de hyperbilirubinémie, hypoglycémie ou acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé (au moment de quitter la maternité)

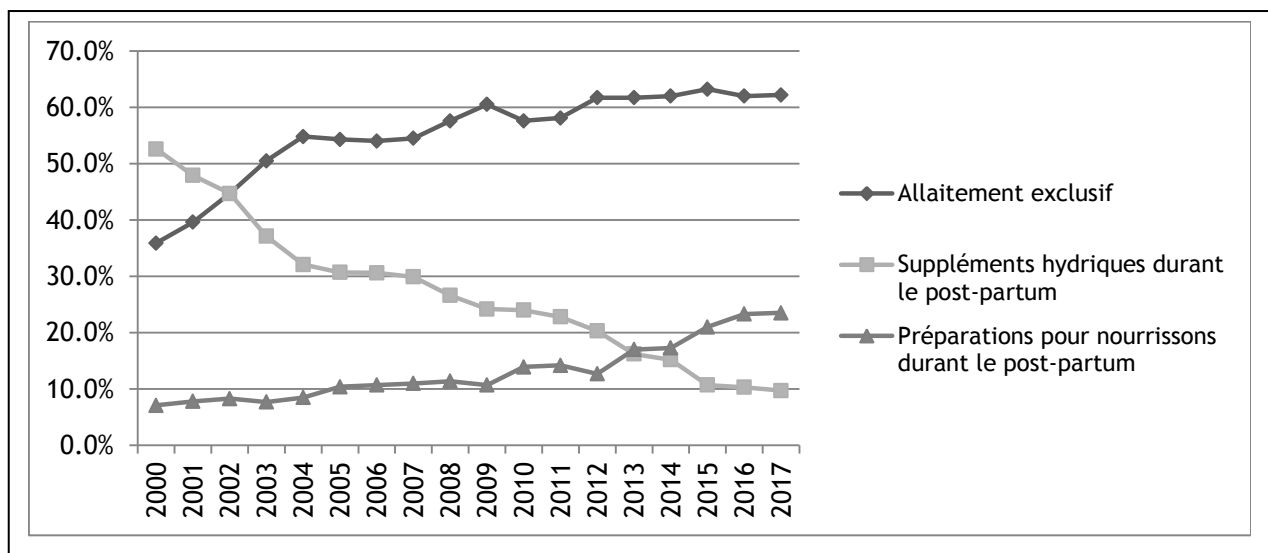
A la sortie de la maternité					
	<i>n</i>	All. exclusif %	All. complet %	All. partiel %	Sevrage secondaire %
Enfants nés à terme et en bonne santé	16'932	62.2	16.6	16.0	4.4
Enfants nés à terme* souffrant de :					
hyperbilirubinémie	122	24.0	43.4	51.6	4.9
hypoglycémie	240	6.7	53.7	43.8	2.5
acidose	518	36.9	67.8	29.1	1.7

* Enfants nés à terme, poids à la naissance entre 2500 et 4500 g, pas de transfert, mère en bonne santé.
Les pathologies multiples n'ont pu être exclues.

3.4.3 Administration de suppléments hydriques et de préparations pour nourrissons

Pendant le post-partum, 9.7 % des enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été allaités ont également reçu des suppléments hydriques, 23.5 % ont reçu des préparations pour nourrissons, un sevrage secondaire a été observé dans 1.5 % des cas (voir tableau 11). Depuis l'introduction du monitoring, en l'an 2000, deux tendances sont à noter : l'administration de suppléments hydriques a continuellement diminué, tandis que celle des préparations pour nourrissons a augmenté, légèrement jusqu'en 2012, plus nettement par la suite (voir figure 2). Entre 2000 et 2009, la proportion d'enfants complètement allaités (lait maternel et suppléments hydriques) a reculé, mais davantage d'enfants ont été exclusivement allaités. On a ensuite observé une modification de la pratique, puisque les préparations pour nourrissons ont été plus souvent données que les suppléments hydriques. Pourtant, il n'en a résulté aucun effet négatif sur le taux d'allaitement exclusif durant le post-partum (voir figure 2).

Figure 2 Administration de suppléments hydriques ou de préparations pour nourrissons durant le post-partum et taux d'allaitement exclusif (enfants nés à terme et en bonne santé)



Dans la plupart des cas où des suppléments hydriques ou des préparations pour nourrissons ont été donnés, le désir de la mère était à l'origine de cette mesure (voir tableau 14). Il est intéressant de constater que la raison pour l'administration de suppléments hydriques a très souvent été indiquée sous « autres », c'est-à-dire qu'ils ont été donnés sans indication stricte. Une grande partie des cas d'administration de suppléments hydriques ou de préparations pour nourrissons n'ont pas été justifiés en détail (n = 555), la mention apportée le plus fréquemment sous « autres » était « pour des raisons de soins » (n = 1'012). Parmi les indications plus précises, on trouve par exemple pour soulager les mamelons douloureux, signes de faim, perte de poids du nouveau-né ou absence de miction.

Tableau 14 Administration de suppléments hydriques ou de préparations pour nourrissons, enfants nés à terme et en bonne santé

Raisons	Supplément hydrique (allaitement prédominant)		Préparation pour nourrissons et allai- ment (all. partiel)		Préparation pour nourrissons suite au sevrage secondaire	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sur prescription médicale, à cause de disposition(s) médicale(s) de la mère	31	1.9	238	6.0	6	2.3
Sur prescription médicale, à cause de disposition(s) médicale(s) de l'enfant	110	6.7	760	19.1	3	1.2
Selon le désir de la mère	801	49.0	1'806	45.4	242	94.2
Autres	667	40.8	1'159	29.1	5	2.0
Données manquantes	26	1.6	19	0.4	1	0.3
Total	1'635	100 %	3'982	100 %	257	100 %

3.5 Moyens auxiliaires

A l'instar de l'année passée, près de la moitié des enfants nés à terme et en bonne santé ont été nourris sans utiliser des moyens auxiliaires (47 %). Si l'on ne considère que les enfants exclusivement allaités, cette proportion est de 74 %, soit la même qu'en 2015 et 2016 (voir tableau 15). Les sucettes et les téterelles étaient les moyens auxiliaires préférés dans les cas d'allaitement exclusif.

Tableau 15 Utilisation de moyens auxiliaires artificiels, enfants nés à terme et en bonne santé

Moyens auxiliaires	Tous les enfants		Enfants exclusivement allaités	
	Nombre	%*	Nombre	%*
Aucun moyen auxiliaire	7'905	46.7	8'741	73.8
Cuillère	3'939	23.3	257	2.2
Tire-lait	2'276	13.4	494	4.2
Biberon	3'723	22.0	202	1.7
Sucette	3'146	18.6	1'448	12.2
Téterelle	2'877	17.0	1'508	12.7
Autres	194	1.2	57	0.5
Total	16'932		10'535	

* Vu la possibilité de réponses multiples le total des pourcentages peut dépasser 100 %.

Ce sont la seringue (N = 60) et le fingerfeeder (n = 84) qui ont été mentionnés le plus souvent sous « autres ».

3.6 Suivi après la sortie de la maternité

92 % des couples mère-enfant en bonne santé ont été encadrés par une sage-femme indépendante après la sortie de la maternité. Cette proportion a nettement augmenté depuis 2012 (78 %). Les « autres spécialistes » ont été mentionnés dans 4.4 % des cas. 3 % des mères ont renoncé à un encadrement. Comme l'année précédente, il était plus difficile d'assurer un suivi pour les enfants malades que pour ceux en bonne santé (1.5 % vs 0.6 %).

Dans les cas où l'impossibilité d'organiser un suivi a été justifiée, la raison indiquée le plus souvent était le fait qu'aucune sage-femme n'était disponible (n = 57). D'autres raisons mentionnées étaient le transfert de la mère ou de l'enfant (n = 57), la difficulté de trouver une sage-femme (n = 23), le transfert à une maison de naissance pour y passer le post-partum (n = 20), le domicile à l'étranger ou dans un autre canton (n = 8), le séjour au centre d'accueil des réfugiés (n = 8) ou encore le manque de connaissances linguistiques (n = 1).

4 Résultats individuels des maternités

4.1 Comparaison des résultats individuels

Les figures présentées dans ce chapitre permettent de comparer les données relatives à la première mise au sein, l'alimentation, le rooming-in et les moyens auxiliaires recueillies dans les diverses maternités, et ce pour le collectif du monitoring. En plus des pourcentages bruts, des valeurs corrigées ont été calculées selon un modèle global. Ces ajustements ont été effectués en tenant compte de ces indicateurs importants : nationalité, âge de la mère, parité, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, type d'assurance, dispositions médicales de la mère qui pourraient entraver l'allaitement. Les pourcentages bruts et corrigés pour les conditions 4, 6, 7 et 9 sont présentés dans les figures suivantes ; les cliniques y sont rangées selon les pourcentages corrigés.

La maison de naissance (numéro 27) doit être considérée à part puisqu'elle accueille une sélection très spécifique de mères et n'est donc que partiellement comparable aux autres maternités.

4.1.1 Première mise au sein et contact peau à peau

Toutes les maternités ont rempli la condition partielle du contact peau à peau continu au cours de la première heure après l'accouchement (voir figure 3). En ce qui concerne la proportion d'enfants qui ont été mis au sein au cours des deux premières heures, seuls deux hôpitaux sont restés en dessous du taux limite avec 74 % (voir figure 4). Les résultats étaient excellents dans 19 établissements sur 26 dans la mesure où plus de 90 % des enfants ont été mis au sein au cours des deux premières heures.

Figure 3 Premier contact peau à peau dès l'accouchement*

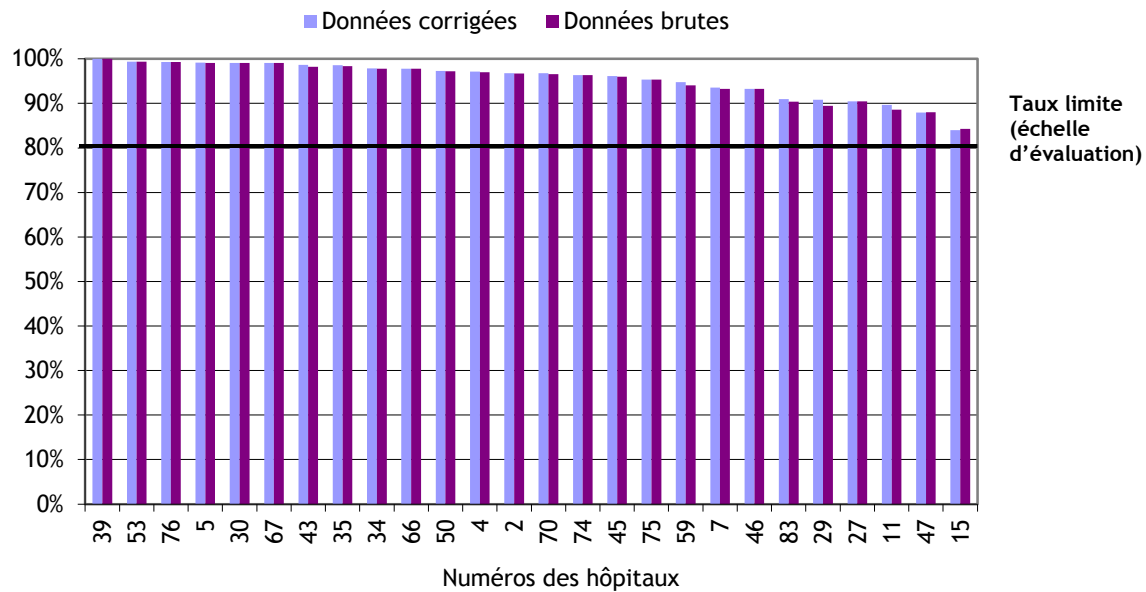
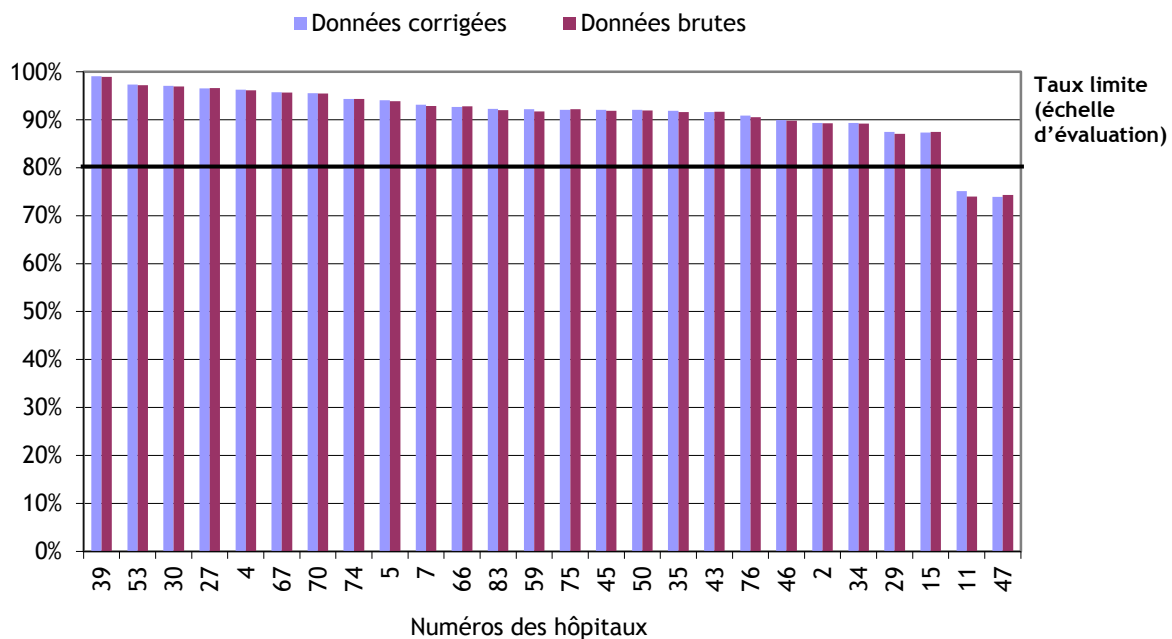


Figure 4 Première mise au sein au cours des deux premières heures*



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

4.1.2 Alimentation

En moyenne, 97 % des enfants du collectif du monitoring ont reçu du lait maternel après la naissance. Au moment de quitter la maternité, cette proportion était de 96 %. Un allaitement complet au moment de la sortie (pas de préparations pour nourrissons au cours des dernières 24 heures) a été indiqué pour 79 % des enfants.

Un excellent résultat (plus de 90 % d'allaitement complet au moment de la sortie) a été obtenu par trois cliniques et la maison de naissance (voir figure 5). La moitié des 26 établissements ont atteint un bon résultat (80 % à 90 % d'allaitement complet au moment de la sortie). Le pourcentage d'enfants exclusivement allaités a varié entre 30 % et 92 % dans les différents établissements (voir figure 6). Parmi les trois maternités modèles qui ont enregistré des résultats au-dessus de 80 % se trouvent la maison de naissance et deux cliniques de la catégorie B. Les résultats concernant l'allaitement exclusif sont satisfaisants (50 % à 80 % des enfants nés à terme et en bonne santé) pour la grande majorité des cliniques (19 sur 26). Quatre cliniques n'ont pas réalisé l'objectif dans la mesure où moins de la moitié des enfants nés à terme et en bonne santé étaient exclusivement nourris au lait maternel.

Selon les résultats corrigés, le taux du sevrage primaire (voir figure 7) se situe en dessous de 5 % dans 23 hôpitaux sur 26, qui ont ainsi satisfait à l'objectif défini. Dans toutes les cliniques, un sevrage secondaire a été enregistré chez moins de 5 % des mères (voir figure 8).

Figure 5 *Allaitement complet au moment de quitter la maternité**

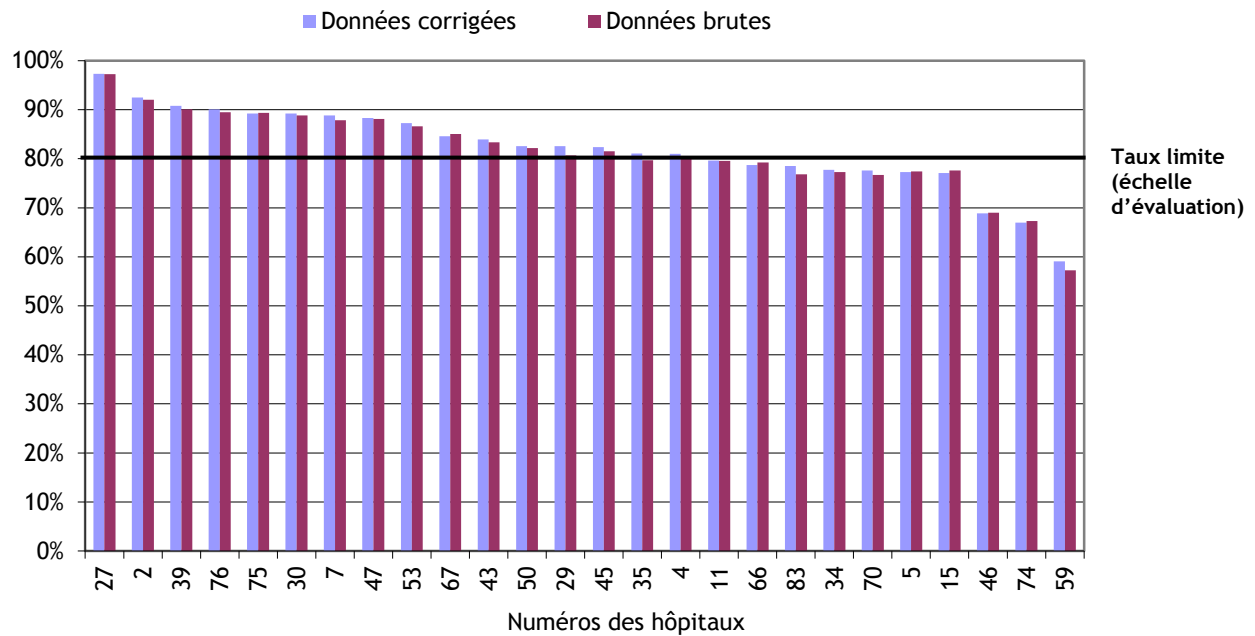
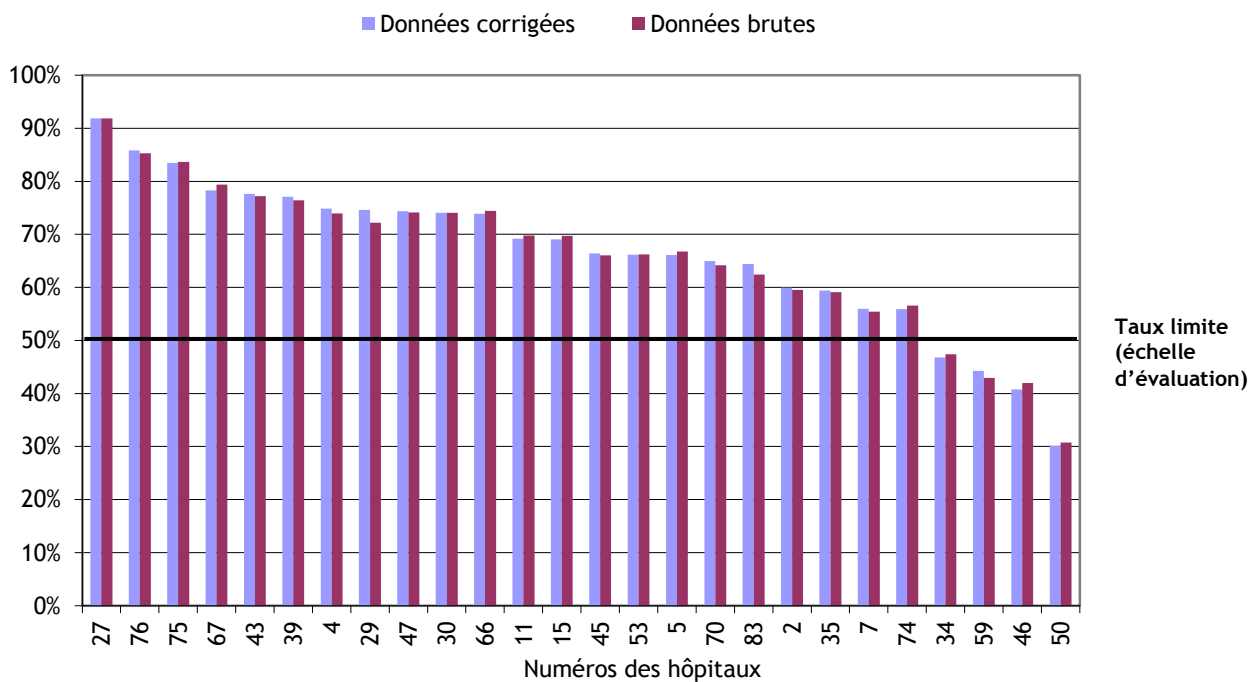


Figure 6 *Allaitement exclusif**



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

Figure 7 Sevrage primaire*

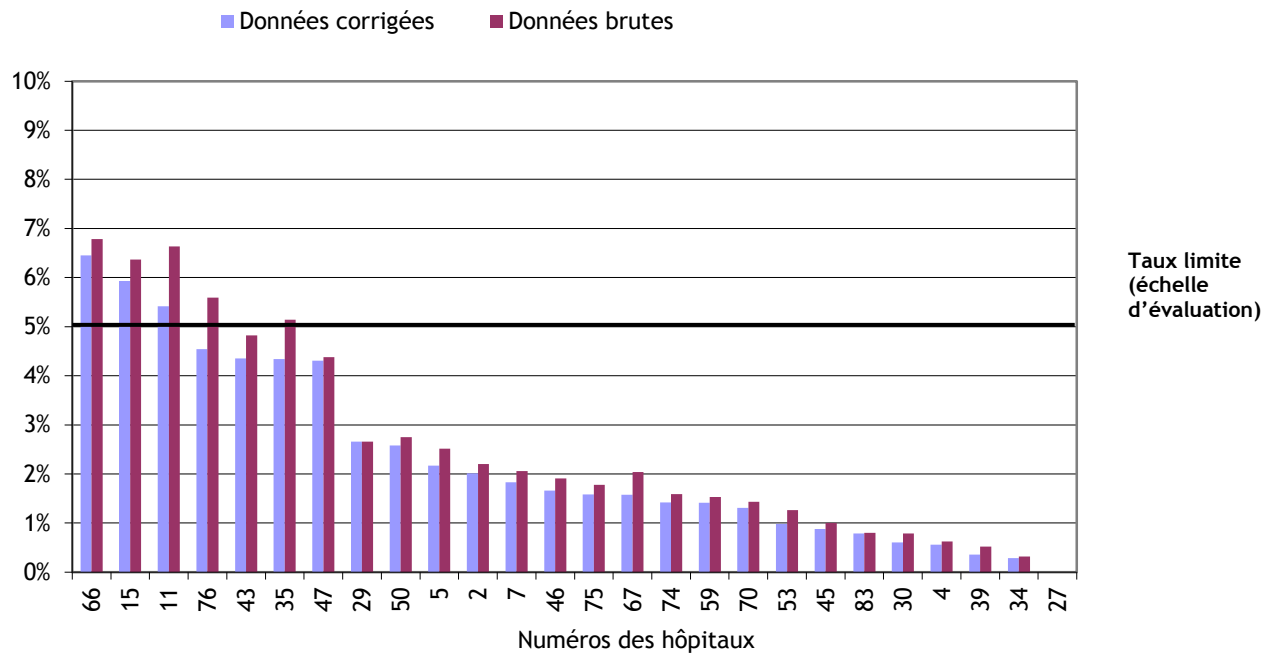
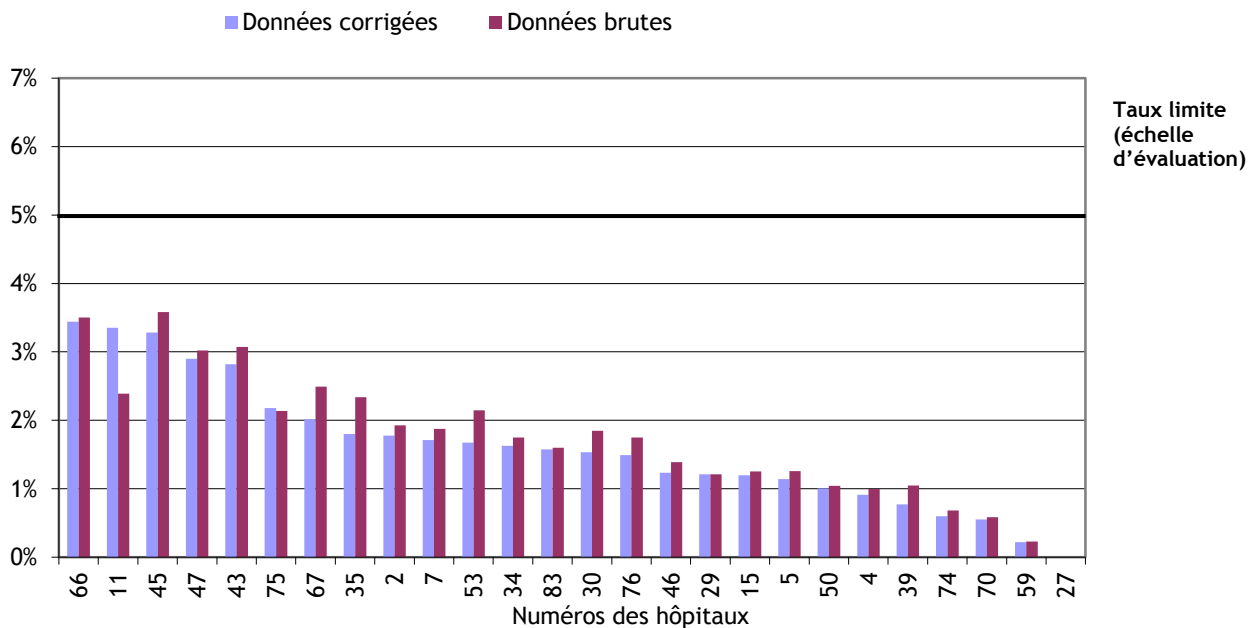


Figure 8 Sevrage secondaire*

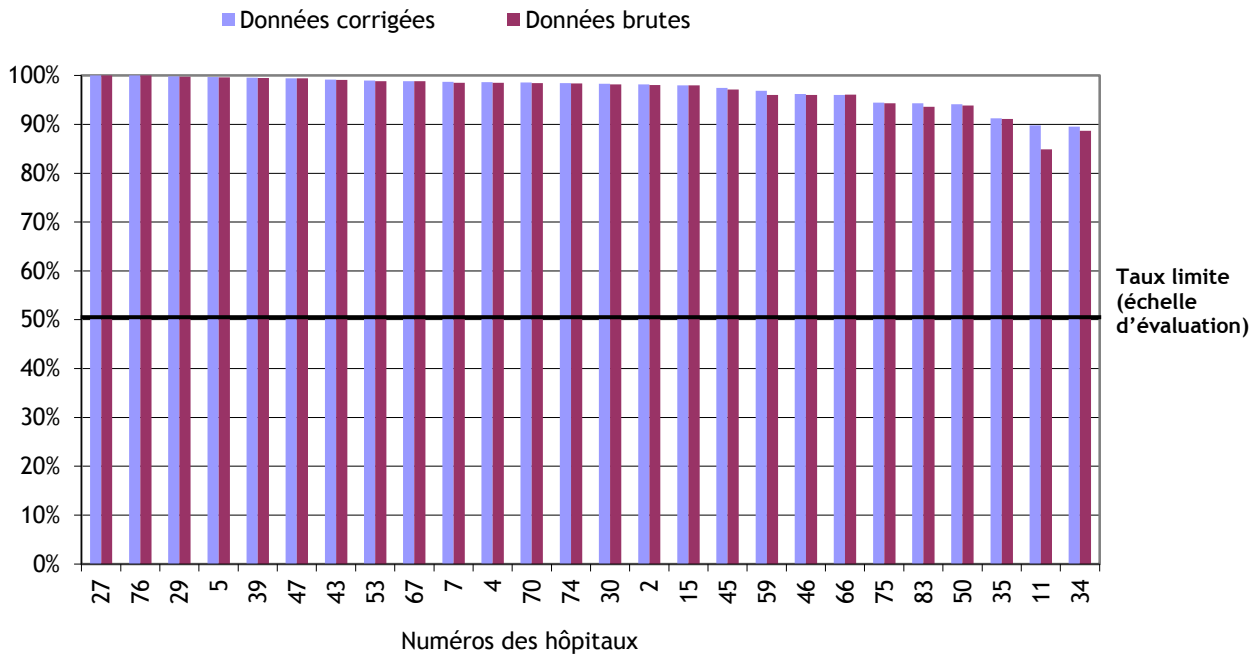


* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

4.1.3 Rooming-in

La modification des normes entreprise en 2012 - une ou deux exceptions étant désormais admises - a eu pour conséquence une augmentation marquée du taux du rooming-in ininterrompu.

Figure 9 Rooming-in ininterrompu (1 ou 2 exceptions admises)*



4.1.4 Biberons et sucettes

En 2017, les biberons ont été utilisés à peu près aussi souvent qu'au cours de l'année précédente. 11 cliniques n'ont pas satisfait à la condition partielle « pas de biberon » (voir figure 10). Trois cliniques sont restées en dessous du taux limite relatif à l'utilisation de sucettes, situé à 66 % (voir figure 11).

* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

Figure 10 Pas de biberon*

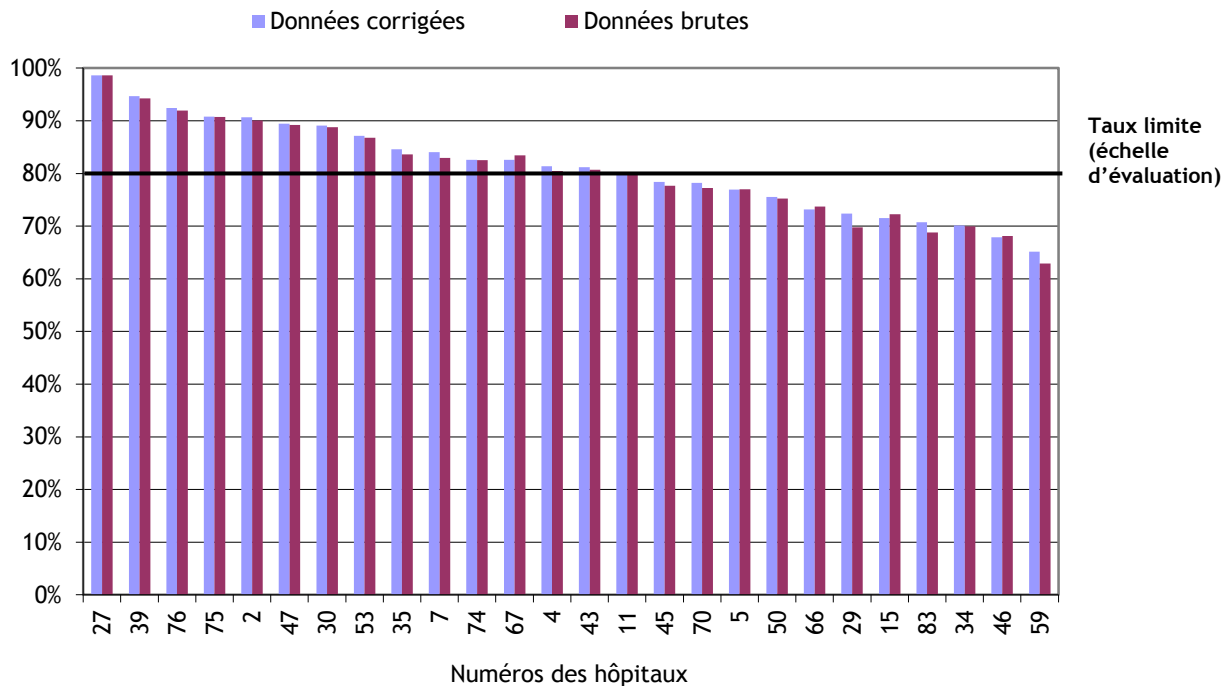
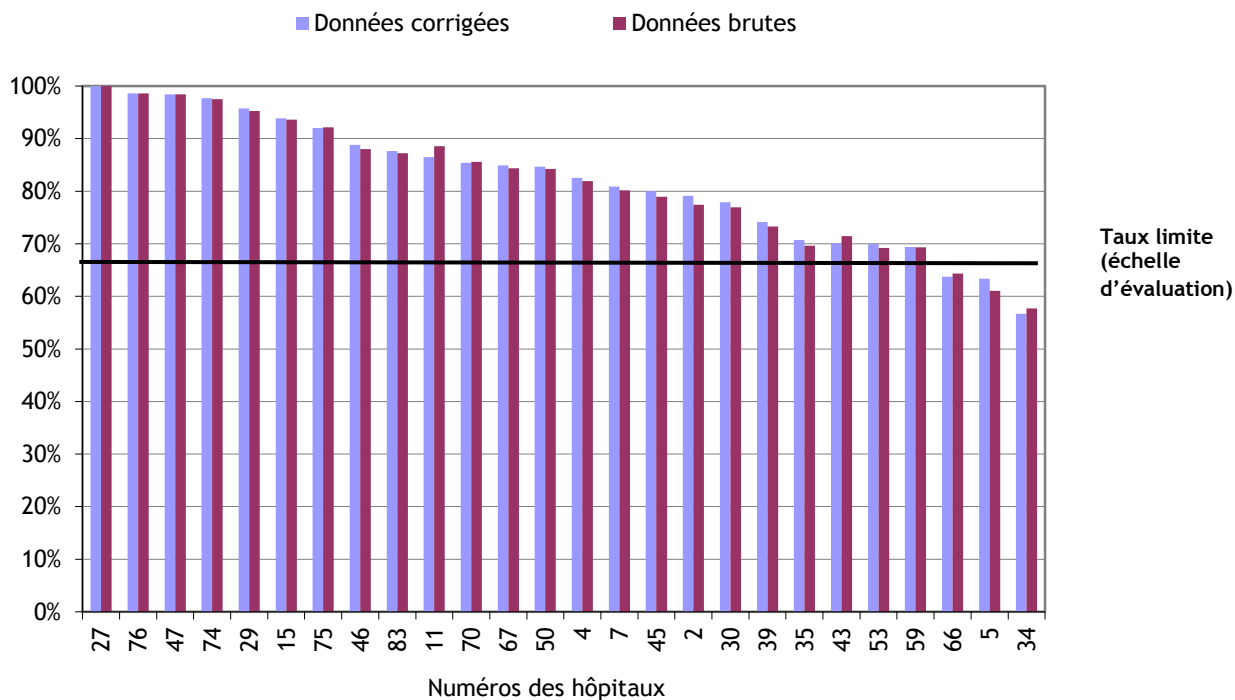


Figure 11 Pas de sucette*



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

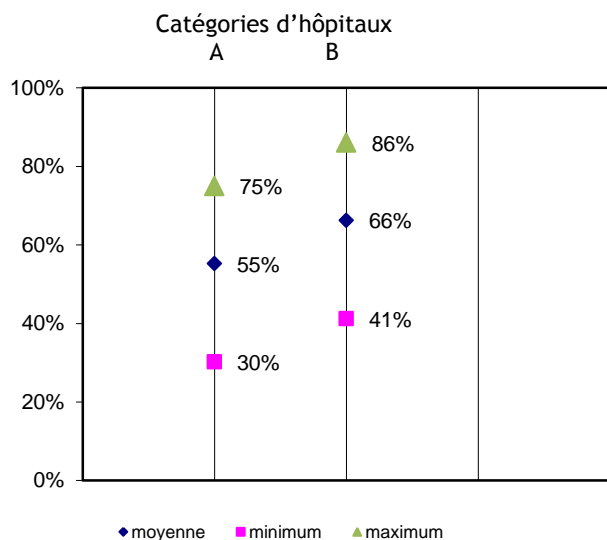
4.2 Différences entre les catégories d'hôpitaux

Ce chapitre traite des différences entre les catégories d'hôpitaux A et B (voir figures 12a-h). La comparaison est faite selon les moyennes calculées et les valeurs maximale et minimale de la catégorie correspondante, et ce après correction des facteurs inhérents à l'enfant et à la mère (collectif des enfants nés à terme et en bonne santé). La clinique privée et la maison de naissance ont été exclues de ces analyses.

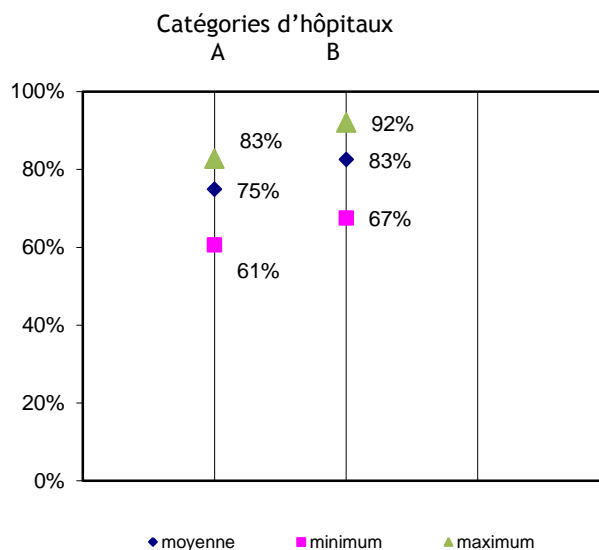
Cette année encore, les plus grands écarts entre la valeur maximale et la valeur minimale concernent, dans toutes les catégories d'hôpitaux, l'allaitement exclusif et l'utilisation de moyens auxiliaires. Cela peut indiquer des conditions hétérogènes dans le domaine des soins, aussi bien parmi les différents établissements que parmi les différentes catégories. En ce qui concerne le sevrage primaire, la plus grande diversité se trouve encore une fois dans la catégorie B. Les hôpitaux de la catégorie B ont obtenu de meilleurs résultats pour l'allaitement exclusif que ceux de la catégorie A, la différence est même plus grande qu'en 2016. Les valeurs concernant l'allaitement complet sont similaires à celles des deux années précédentes. Peu de changements sont également à noter dans les domaines du contact peau à peau continu juste après l'accouchement, de la première mise au sein dans le cadre du contact peau à peau au cours des deux premières heures de vie ainsi que du rooming-in ininterrompu.

Figure 12 Comparaison entre les catégories d'hôpitaux ; enfants nés à terme et en bonne santé, valeurs corrigées* ; valeurs minimales, moyennes et maximales pour chaque catégorie d'hôpitaux

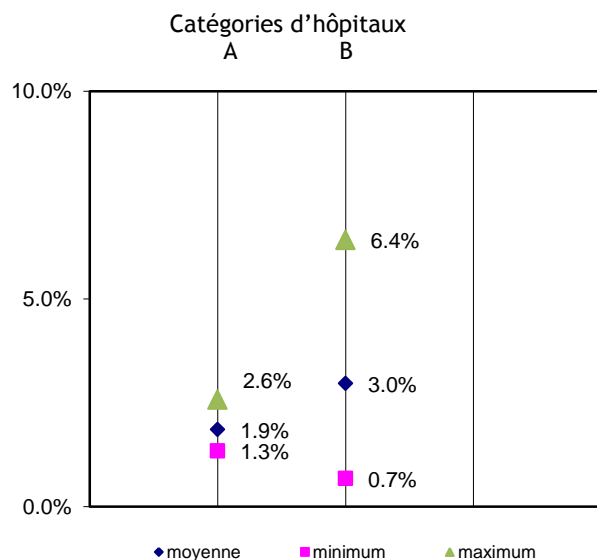
a) Allaitement exclusif : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



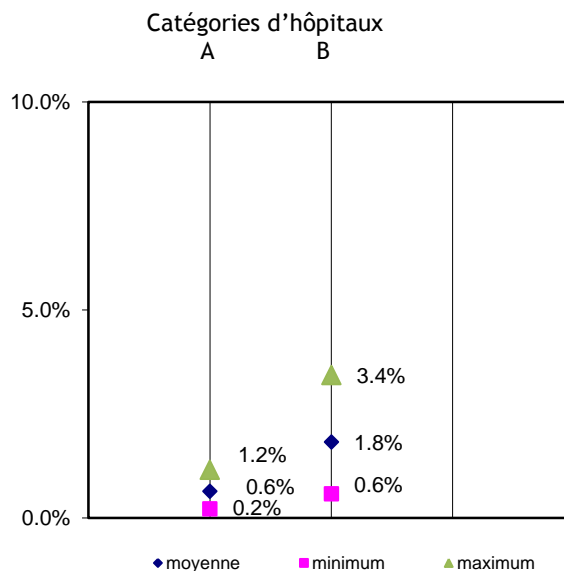
b) Allaitement complet : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



c) Sevrage primaire : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



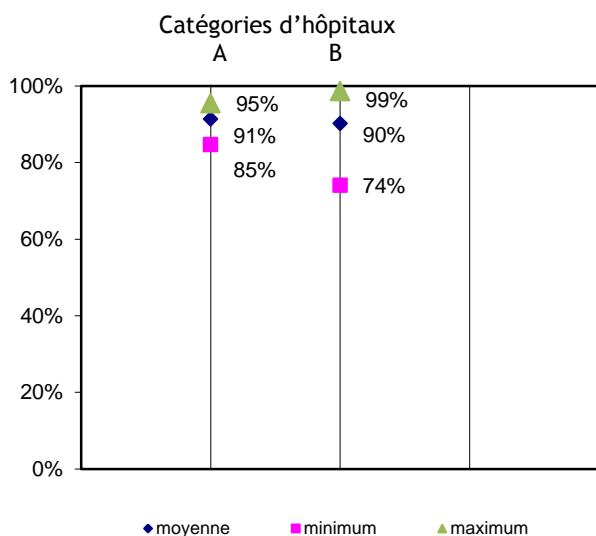
d) Sevrage secondaire : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



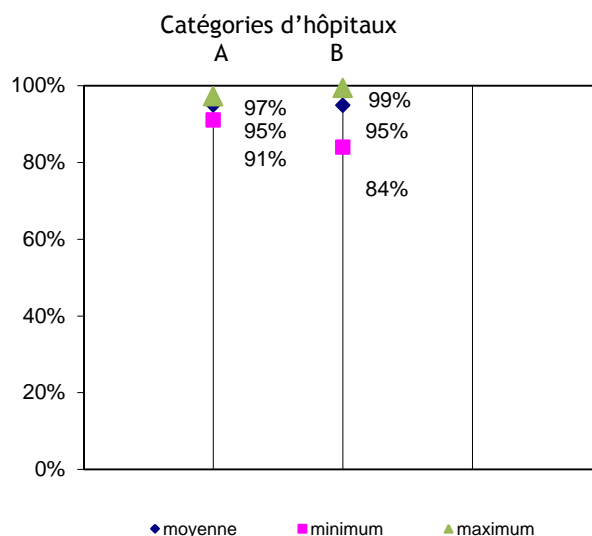
* Corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdisme, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main)

Figure 12 (suite) Comparaison entre les catégories d'hôpitaux ; enfants nés à terme et en bonne santé, valeurs corrigées* ; valeurs minimales, moyennes et maximales pour chaque catégorie d'hôpitaux

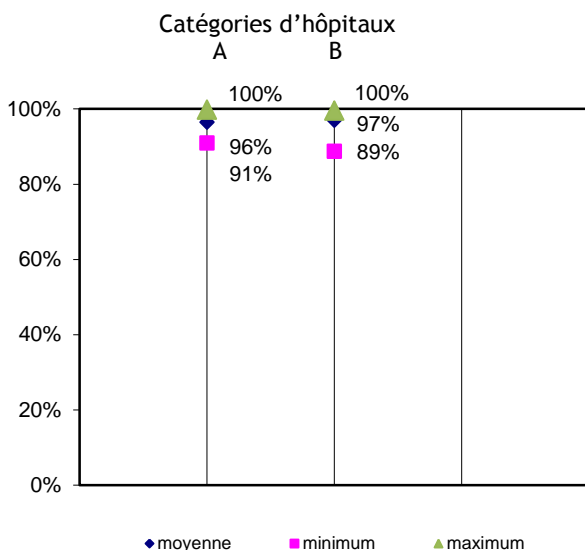
e) Première mise au sein dans le cadre du contact peau à peau, au cours des deux premières heures : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



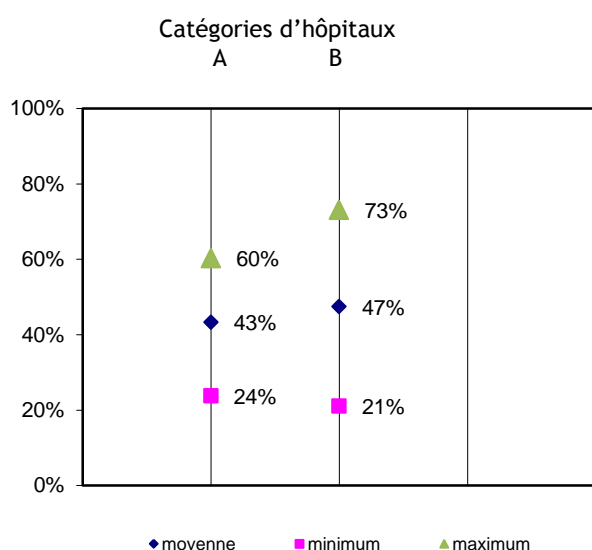
f) Contact peau à peau dès l'accouchement : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



g) Rooming-in ininterrompu : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



h) Aucun moyen auxiliaire artificiel : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



* Corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdisme, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main)

5 Réalisation des objectifs et comparaison aux années précédentes

5.1 Réalisation des objectifs (collectif du monitoring)

Les cliniques ont obtenu d'excellents résultats dans les domaines de la première mise au sein (condition 4) et du rooming-in (condition 7). En ce qui concerne la condition 6, les valeurs étaient excellentes pour l'allaitement, satisfaisantes pour l'allaitement exclusif et non satisfaisantes pour l'allaitement complet. 47 % des enfants faisant partie du collectif du monitoring ont été allaités sans avoir recours aux moyens auxiliaires (condition 9). L'objectif de renoncer aux sucettes a été réalisé de manière excellente, tandis que les résultats concernant le renoncement aux biberons sont jugés non satisfaisants.

Tableau 16 *Respect des conditions, collectif du monitoring 2017 (n = 16'358)*

	Moyenne de toutes les cliniques (%)	Evaluation par UNICEF Suisse
Condition 4 : Première mise au sein		
* Contact peau à peau continu au cours de la première heure	95 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Première mise au sein au cours des deux premières heures	91 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
Condition 6 : Alimentation		
Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant allaités	96 %	95 % et plus : excellent moins de 90 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant)	79 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein	62 %	75 % et plus : excellent moins de 50 % : pas rempli
Condition 7 : Rooming-in		
* Pourcentage du rooming-in ininterrompu (enfant toujours auprès de la mère sauf une ou deux exceptions)	97 %	55 % et plus : excellent moins de 50 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés qui ont été au moins une fois auprès de la mère pendant 24 heures	99 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
Condition 9 : Moyens auxiliaires		
* Pas de biberon	78 %	95 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Pas de sucette	81 %	80 % et plus : excellent moins de 66 % : pas rempli
Aucun moyen auxiliaire	46 %	Non évalué

* Conditions partielles qui sont utilisées pour calculer le score

En comparaison à l'année précédente, la proportion d'enfants qui étaient complètement allaités lorsqu'ils ont quitté la maternité a diminué de 1 %, tout comme le taux de renoncement aux biberons et sucettes.

Tableau 17 Nombre de conditions remplies par les hôpitaux qui ont participé, années 2000 à 2017*

Nombre de conditions remplies	Nombre d'hôpitaux pour chaque année																	
	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
4	5	12.5	7	16.3	11	20.8	22	34.4	27	42.2	28	44.4	25	41.0	33	55.9	28	48.3
3½	9	22.5	13	30.2	6	11.3	17	26.6	20	31.3	14	22.2	18	29.5	16	27.1	18	31.0
3	3	7.5	3	7.0	6	11.3	6	9.4	4	6.3	5	7.9	6	9.8	4	6.8	5	8.6
2 + 2x ½	11	27.5	9	20.5	6	11.3	4	6.3	2	3.1	6	9.5	5	8.2	2	3.4	7	12.1
2½	4	10.0	5	11.6	13	24.5	6	9.4	7	10.9	7	11.1	5	8.2	3	5.1	-	-
2	-	-	2	4.7	2	3.8	-	-	-	-	1	1.6	1	1.6	-	-	-	-
1 + 3x ½	3	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.2	1	1.6	0	0	-	-
1 + 2x ½	3	7.5	3	7.5	4	7.5	4	6.3	2	3.1	0	0	0	0	1	1.7	-	-
1½	1	2.5	1	2.5	5	9.4	2	3.1	2	3.1	0	0	0	0	0	0	-	-
2x ½	1	2.5	-	-	-	-	3	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'hôpitaux	40	100	43	100	53	100	65	100	65	100	63	100	61	100	59	100	58	100

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats.

Tableau 17 (suite) Nombre de conditions remplies par les hôpitaux qui ont participé, années 2000 à 2017*

Nombre de conditions remplies	Nombre d'hôpitaux pour chaque année															
	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
4	33	57.9	25	45.5	20	37.7	22	53.7	15	41.7	14	43.8	14	48.3	14	48.3
3½	13	22.8	17	30.9	19	35.9	14	34.1	13	36.1	8	25.0	7	24.1	6	20.7
3	3	5.3	4	7.3	5	9.4	5	12.2	6	16.7	9	28.1	7	24.1	7	24.1
2 + 2x ½	6	10.5	4	7.3	5	9.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2½	2	3.5	4	7.3	3	5.7	-	-	2	5.6	1	3.1	1	3.5	1	3.5
2	-	-	1	1.8	1	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.5
1 + 3x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 + 2x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'hôpitaux	57	100	55	100	53	100	41	100	36	100	32	100	29	100	29	100

Depuis 2004, le nombre d'établissements certifiés a reculé de plus de la moitié (de 65 à 27). Un relancement du label a été entrepris en 2012, la responsabilité a été transférée de la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel à UNICEF Suisse (voir Introduction). Les hôpitaux qui continuent à adhérer à l'initiative respectent en règle générale mieux les conditions.

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats.

5.2 Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2017, enfants nés à terme et en bonne santé

De l'analyse des indicateurs examinés dans la présente étude et relatifs à la mise en œuvre des dix conditions de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé on peut déceler les tendances suivantes pour les années 2000 à 2017 (voir tableau 18 et figure 13) :

- **Condition 4** : Depuis 2012, la proportion d'enfants qui ont un contact peau à peau dès la naissance a continuellement augmenté et atteint actuellement 80 %. La part d'enfants qui ont bénéficié d'un contact peau à peau dès la naissance ou au cours de la première heure de vie se situe aux alentours de 95 % depuis 2006. Selon la condition 4, la première tentative de tétée devrait avoir lieu durant ce premier contact peau à peau. La distinction entre la première et la deuxième heure de vie a été abandonnée en 2012. La valeur pour la première tentative de tétée dans le cadre du contact peau à peau au cours des deux premières heures de vie a toujours dépassé 90 % ; avec 90.1 %, elle a pourtant atteint le niveau le plus bas en 2017.
- **Condition 6** : Entre 2002 et 2009, la proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été exclusivement nourris au lait maternel était passée de 44.7 % à 60.5 %. Après un recul de 3 % entre 2009 et 2010, elle a de nouveau augmenté pour atteindre plus de 60 % depuis 2012 et même 63 % en 2015, la plus haute valeur jamais enregistrée (voir également figure 2). En 2017, tout comme en 2016, elle se situait à 62 %. La valeur pour l'allaitement complet a baissé d'environ 15 % depuis l'introduction du monitoring (2000 : 87 %, 2017 : 72 %).
- **Condition 7** : Les résultats pour le rooming-in ininterrompu chez les enfants nés à terme et en bonne santé ont montré une tendance à la hausse entre 2002 (54.5 %) et 2011 (74.2 %). Avec 96 %, la proportion d'enfants qui ont passé tout le séjour à la maternité auprès de leur mère a atteint un niveau record en 2017. Presque tous les enfants (98.8 %) étaient auprès de leur mère au moins une fois 24 heures sinon toujours.
- **Condition 9** : En 2017, aucun moyen auxiliaire artificiel n'a été utilisé chez 47 % des enfants nés à terme et en bonne santé. Cette valeur n'a guère évolué au cours des dernières années.

Des améliorations concernant la plupart des indicateurs précités ont été constatées surtout au cours des premières années du monitoring. Les résultats sont par la suite restés plutôt stables. Suite à la modification du questionnaire, introduite en 2008 et qui a visé à prendre systématiquement en compte la situation médicale de l'enfant et de la mère, le taux de l'allaitement exclusif s'est stabilisé à environ 60 %. Il a continuellement augmenté après le relancement du label en 2012 et se situe actuellement à 62 %. La proportion du sevrage primaire était toujours légèrement en dessous de 3 % depuis l'introduction du monitoring.

L'usage de préparations pour nourrissons se reflète indirectement dans la proportion d'enfants complètement allaités. Une baisse plus marquée du taux de l'allaitement complet, respectivement une augmentation du taux de l'allaitement partiel, est à observer depuis 2012 (voir également figure 2).

Tableau 18 Comparaison des données pour les années 2000 à 2017 concernant l'alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé ainsi que les conditions-cadre favorables à l'allaitement maternel*

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Condition 4 : Première mise au sein																		
Au cours de la première heure	11'748	69.6	13'833	73.2	16'254	74.6	20'756	75.1	23'100	76.6	23'293	75.6	23'611	75.8	23'328	76.1	22'156	77.3
Au cours de la deuxième heure	3'513	20.8	3'621	19.2	3'694	16.9	4'750	17.2	4'909	16.3	5'376	17.4	5'419	17.4	5'171	16.9	4'721	16.5
Au cours des deux premières heures	15'255	90.4	17'454	92.4	19'948	91.5	25'506	92.3	28'009	92.9	28'669	93.0	29'030	93.3	28'499	92.9	26'877	93.8
Contact peau à peau dès la naissance					15'574	71.4	20'162	72.9	21'927	72.7	22'343	72.5	22'609	72.6	22'199	72.4	21'123	73.7
Contact peau à peau au cours de la première heure					4'326	19.8	5'667	20.5	6'382	21.2	6'716	21.8	6'776	21.8	6'851	22.3	6'272	21.9
Contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure					19'900	91.2	25'829	93.4	28'309	93.9	29'059	94.3	29'375	94.5	29'050	94.7	27'395	95.6
Condition 6 : Alimentation au post-partum																		
Allaitement exclusif	6'065	35.9	7'482	39.6	9'749	44.7	13'974	50.5	16'530	54.8	16'750	54.3	16'829	54.0	16'703	54.5	16'521	57.6
Allaitement prédominant	8'641	51.2	9'062	48.0	9'162	42.0	10'245	37.1	9'686	32.1	9'466	30.7	9'545	31.0	9'180	29.9	7'618	26.6
Allaitement complet	14'706	87.1	16'544	87.5	18'911	86.7	24'215	87.6	26'216	86.9	26'216	85.0	26'374	84.7	25'883	84.4	24'193	84.2
Sevrage primaire	487	2.9	476	2.5	562	2.6	725	2.6	759	2.5	742	2.4	739	2.4	733	2.4	732	2.6
Condition 7 : Rooming-in																		
Rooming-in ininterrompu	8'138	48.2	9'937	52.6	11'886	54.5	17'596	63.7	20'529	68.1	21'294	69.1	22'009	70.7	22'098	72.1	20'948	73.1
Au moins 1 x 24 h auprès de la mère	5'777	34.2	6'735	35.6	7'839	36.0	8'141	29.5	8'053	26.7	8'170	26.5	8'095	26.0	7'688	25.1	6'993	24.4
Ininterrompu + 1 x 24 h auprès de la mère	13'914	82.4	16'672	88.2	19'725	90.5	25'737	93.2	28'582	94.8	29'464	95.6	30'104	96.7	29'786	97.1	27'941	97.5
Condition 9 : Moyens auxiliaires																		
Sucette	2'343	13.9	2'835	15.0	3'387	15.5	3'943	14.3	3'594	11.9	3'770	12.2	3'928	12.6	3'626	11.8	3'364	12.7
Biberon	2'784	16.5	3'107	16.4	3'528	16.2	4'282	15.5	4'779	15.8	5'321	17.3	5'599	18.1	5'479	17.9	4'973	17.3
Aucun moyen auxiliaire	5'664	33.6	6'401	33.9	8'307	38.1	11'786	42.6	14'045	46.6	14'364	46.6	14'313	46.0	14'207	46.3	13'780	48.1
Nombre total de naissances	15'627		18'913		21'804		27'647		30'161		30'830		31'141		30'667		28'673	

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats. Toutes les valeurs en pourcentage se rapportent au nombre total de naissances, indiqué en bas du tableau, moins les manquantes pour chaque variable.

Tableau 18 (suite) Comparaison des données pour les années 2000 à 2017 concernant l'alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé ainsi que les conditions-cadre favorables à l'allaitement maternel

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Condition 4 : Première mise au sein																		
Au cours de la première heure	21'041	76.6	22'107	75.9	21'262	75.5	supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé	
Au cours de la deuxième heure	4'695	17.1	5'205	17.9	4'995	17.7	supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé	
Au cours des deux premières heures	25'736	93.6	27'312	93.7	26'257	93.3	20'889	90.1	19'197	90.8	17'093	90.9	16'898	90.8	17'415	90.7	15'256	90.1
Contact peau à peau dès la naissance	20'783	75.6	21'968	75.4	22'343	72.5	17'573	75.7	16'228	76.8	14'668	78.0	14'818	79.6	15'357	80.0	13'592	80.3
Contact peau à peau au cours de la première heure	5'532	20.1	5'906	20.3	6'716	21.8	4'515	19.5	3'965	18.8	3'285	17.5	2'805	15.1	2'859	14.9	2'415	14.3
Contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure	26'315	95.7	27'874	95.6	29'059	94.3	22'069	95.1	20'193	95.5	17'953	95.5	17'923	94.7	18'216	94.9	16'007	94.5
Condition 6 : Alimentation au post-partum																		
Allaitement exclusif	16'640	60.5	16'783	57.6	16'395	58.1	14'306	61.7	13'042	61.7	11'658	62.0	11'754	63.2	11'901	62.0	10'535	62.2
Allaitement prédominant	6'650	24.2	6'980	24.0	6'422	22.8	4'701	20.3	3'426	16.2	2'859	15.2	1'990	10.7	1'984	10.3	1'635	9.7
Allaitement complet	23'290	84.7	23'763	81.5	22'787	81.0	19'007	81.9	16'468	77.9	14'517	77.2	13'744	73.9	13'885	72.3	12'170	71.9
Sevrage primaire	690	2.5	727	2.5	771	2.7	638	2.8	580	2.7	551	2.9	526	2.8	527	2.8	494	2.9
Condition 7 : Rooming-in																		
Rooming-in ininterrompu	20'101	73.1	21'529	73.9	20'895	74.2	21'537	92.8	19'877	94.0	17'835	94.9	17'800	95.6	18'414	95.9	16'311	96.3
Auprès de la mère sauf une ou deux exceptions							4'930	21.3	4'773	22.6	4'362	23.2	3'665	19.7	4'022	21.0	3'570	21.1
Au moins 1 x 24 h auprès de la mère	6'754	24.6	6'985	24.0	6'716	23.9	1'233	5.3	982	4.7	663	3.5	563	3.0	555	2.9	431	2.6
Ininterrompu + 1 x 24 h auprès de la mère	26'855	97.7	28'514	97.8	27'611	98.1	22'770	98.2	20'859	98.7	18'498	98.4	18'363	98.7	18'969	98.8	16'742	98.9
Condition 9 : Moyens auxiliaires																		
Sucette	3'400	12.4	3'974	13.5	4'283	15.2	3'844	16.6	3'831	18.1	3'417	18.2	3'405	18.3	3'405	17.7	3'146	18.6
Biberon	4'405	16.0	5'153	17.7	5'182	18.4	4'379	18.9	4'365	20.7	3'786	20.1	3'862	20.8	4'115	21.4	3'723	22.0
Aucun moyen auxiliaire	13'801	50.2	13'790	47.3	13'307	47.3	11'151	48.1	9'862	46.7	8'844	47.0	8'844	48.0	8'992	46.8	7'905	46.7
Nombre total de naissances	27'484		29'145		28'158		23'198		20'141		18'805		18'613		19'198		16'932	

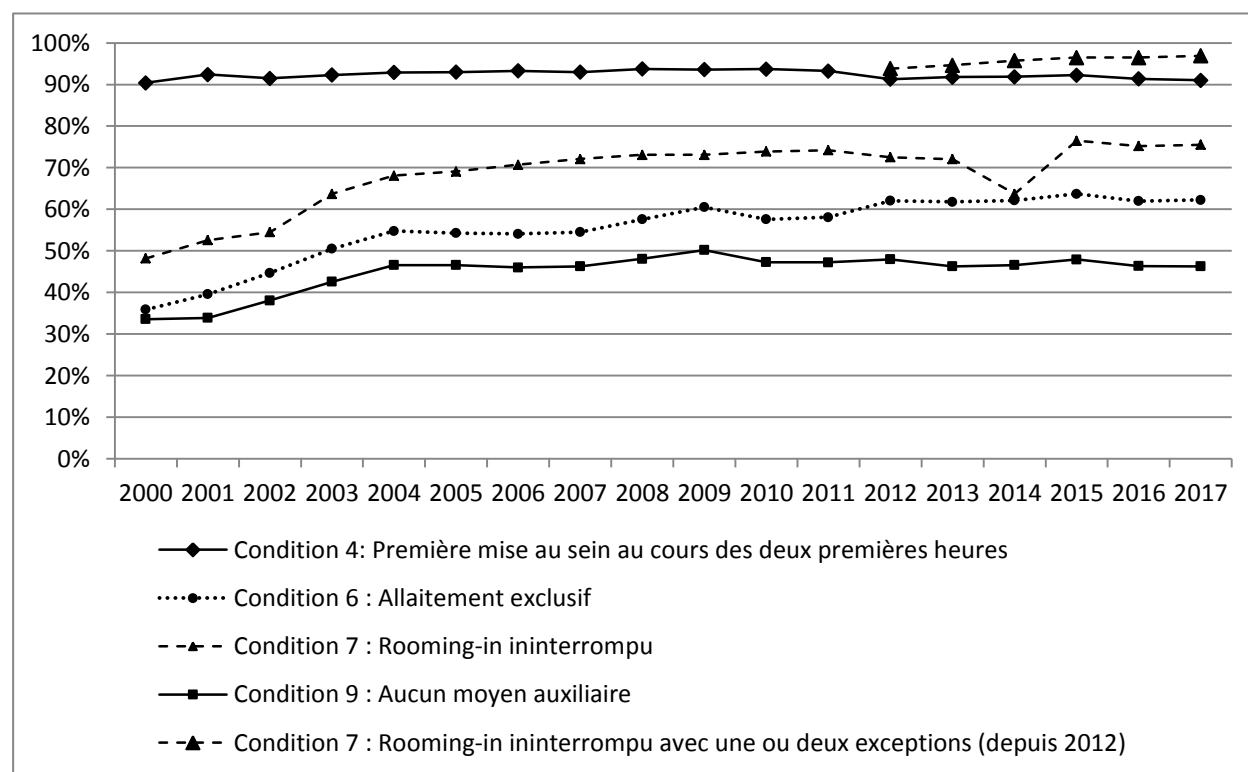
5.3 Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2017, collectif du monitoring

La proportion d'enfants qui entreprennent une première tentative de tétée dans les deux heures après la naissance se situe à un niveau élevé (plus de 90 %) depuis que les données sont recueillies. Elle a augmenté jusqu'en 2005, est restée à environ 93 % jusqu'en 2011 et a connu une légère baisse par la suite. L'évolution du rooming-in ininterrompu peut être considérée comme positive : une forte progression jusqu'en 2004 a été suivie par une augmentation lente mais constante. Suite à la modification des critères en 2012, le nombre d'hôpitaux qui remplissent cette condition a connu une nouvelle hausse. Si l'on se réfère à une interprétation stricte du rooming-in, c'est-à-dire sans exceptions, on peut constater que cette valeur, après un recul marqué en 2014, s'est stabilisée à environ 75 % (voir figure 13).

Le taux d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été exclusivement nourris au lait maternel a nettement dépassé le seuil des 50 % en 2004 pour la première fois. Il a par la suite encore progressé et se situe actuellement au-dessus des 60 %, donc à un niveau élevé.

La proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été nourris sans utilisation de moyens auxiliaires artificiels a légèrement diminué au cours des deux dernières années.

Figure 13 Evolution des critères les plus importants concernant les quatre conditions examinées*



* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats. Depuis 2012, une ou deux exceptions sont admises en ce qui concerne le rooming-in ininterrompu.

6 Annexe

6.1 Scores obtenus par les hôpitaux



Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital
4		3.5		3		2.5		2.0	
	2		29		11		5		34
	4		45		15		46		
	7		47		50		59		
	27		74		70		66		
	30				83				
	35								
	39								
	43								
	53								
	67								
	75								
	76								

Moyenne : 3.4

6.2 Statistique d'allaitement : échelle suisse d'évaluation 2017

Condition 4 : Première mise au sein

Question 6 :



- Contact peau à peau au cours de la première heure  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Première mise au sein au cours des deux premières heures  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli

Mise au sein:

Une tentative d'allaitement a eu lieu mais l'enfant n'a pas obligatoirement bu

Condition 7 : Rooming-in

Question 7 :




- Rooming-in ininterrompu:  55 % et plus : excellent
moins de 50 % : pas rempli
- Au moins 1 x 24 h auprès de la mère:  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli

Rooming-in ininterrompu:

Enfant auprès de sa mère jour et nuit sauf 1 ou 2 exceptions.

Condition 6 : Alimentation

Question 8:

- Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant allaités  95 % et plus : excellent
moins de 90 % : pas rempli
- Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant):  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein  75 % et plus : excellent
moins de 50 % : pas rempli

Allaitement exclusif (OMS : exclusive breastfeeding)



Pas d'autre liquide que le lait maternel, pas d'eau, pas de tisanes. Sont seules autorisées les gouttes avec les médicaments ou les vitamines

Allaitement prédominant (OMS : predominant breastfeeding)

Lait maternel et autres liquides aqueux, comme par exemple les solutions de maltodextrine à 10 %. Pas de préparation pour nourrissons.

Condition 9 : Moyens auxiliaires

Question 9:

- Pas de biberon:  95 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Pas de sucette:  80 % et plus : excellent
moins de 66 % : pas rempli

6.3 Questionnaire 2017

Enregistrement No. 1

Année (entrer les quatre chiffres) No selon le registre des accouchements Code hôpital

☐ Saisie des données refusée ☐ Décès perinatal

Feuille de statistique

☐ correction automatique inactif

1. Informations générales concernant la mère

Année de naissance entrer les quatre chiffres Parité Âge

Nationalité

Compréhension orale possible

☐ oui ☐ non ou avec difficulté

Assurance

☐ de base ☐ demi-privée / privée

Chambre

☐ à un lit ☐ à plusieurs lits

Sortie de la mère jour.mois.année

Suivi durant le post-partum immédiat après sortie de l'hôpital

- ☐ par une sage-femme indépendante
☐ par une autre spécialiste (infirmière, puéricultrice, consultante en lactation)
☐ pas de suivi souhaité
☐ le suivi n'a pas pu être organisé

parce que:

2. Santé de la mère

2a: Dispositions médicales de la mère qui pourraient entraver l'allaitement (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> diabète (préexistant ou gestationnel) | <input type="checkbox"/> état après opération mammaire majeure |
| <input type="checkbox"/> dépendance (alcool, drogue) | <input type="checkbox"/> mamelons plats / ombiliqués |
| <input type="checkbox"/> tabagisme | <input type="checkbox"/> HELLP / Eclampsie |
| <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> atonie utérine post-partum / révision de la cavité utérine |
| <input type="checkbox"/> dépression (préexistante ou post-partum) | <input type="checkbox"/> grosse opération post-partum / Hystérectomie |
| <input type="checkbox"/> autre maladie psychique | <input type="checkbox"/> anémie (Hb < 9 g/l et / ou pertes de sang > 1 litre) |
| | <input type="checkbox"/> hypothyroïdie |

☐ autre:

2b: Si une ou plusieurs des dispositions ci-dessus sont présentes: effet sur l'allaitement

- ☐ aucun effet ☐ sevrage primaire ☐ sevrage secondaire
- ☐ poursuite de l'allaitement avec apports complémentaires:
- ☐ préparations pour nourrissons ☐ supplément hydrique (eau, MD)

Effacer les données saisies

2c. Contre-indication à l'allaitement chez la mère (plusieurs réponses possibles)

- ☐ VIH ☐ médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement
- ☐ désir de la mère

3. Accouchement

3a. Type d'accouchement

Par voie basse
☐ spontané
☐ forceps
☐ ventouse

Sectio Caesarea (césarienne)
☐ primaire
☐ secondaire
☐ césarienne d'urgence

3b. Analgésie / Anesthésie (en cas d'accouchement vaginal ou de césarienne)

☐ aucune
☐ péridurale (PDA)
☐ PCA
☐ rachis
☐ anesthésie générale

☐ autre

4. Informations générales concernant le nouveau-né

Date de naissance

jour.mois.année

Semaines de gestation

/

semaines jours

0 jours

Naissance multiple
☐ non
☐ oui: sur le nombre total /

(par ex. 1/2 = jumeau premier-né)

Sexe
☐ féminin
☐ masculin

Poids à la naissance
 g

Naissance ambulatoire
☐ non
☐ oui

Transfert
☐ non
☐ oui

(c'est-à-dire séjour de l'enfant hors du service ordinaire mère-enfant)

5. Santé de l'enfant

5a. Dispositions médicales de l'enfant nécessitant éventuellement le recours à une préparation pour nourrissons / un apport de supplément hydrique (plusieurs réponses possibles)

☐ foetopathie diabétique
☐ hypothermie
☐ syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né
☐ hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie
☐ asphyxie
☐ hypoglycémie
☐ acidose (ph < 7.15)
☐ perte de poids >10%
☐ septicémie
☐ trisomie 21
☐ hémolyse
☐ fente labio-maxillo-palatine
☐ isolette dans le service mère-enfant

☐ autre

5b: Si une ou plusieurs des dispositions ci-dessus sont présentes: effet sur l'allaitement

☐ aucun effet
☐ nécessaire de donner une préparation pour nourrissons
☐ nécessaire de donner un supplément hydrique

Effacer les données saisies

5c. Contre-indication de l'enfant à l'allaitement

☐ maladies métaboliques (galactosémie classique, maladie du sirop d'érable, phénylcétonurie)
☐ autre

Questionnaire 2017 (suite)

6. Début de l'allaitement maternel

6a. Contact peau à peau

- ☐ dès l'accouchement ☐ au cours de la première heure ☐ plus tard

Durée du contact continu peau à peau heures:minutes

6b. Première mise au sein

- ☐ dans le cadre du contact peau à peau, au cours des deux premières heures ☐ plus tard ☐ pas de mise au sein (sevrage primaire)

7. Rooming in / cohabitation

- ☐ enfant auprès de sa mère jour et nuit durant tout le séjour
☐ enfant auprès de sa mère jour et nuit sauf 1 ou 2 exceptions
☐ enfant au moins une fois 24 heures auprès de sa mère
☐ autre

8. Alimentation

8a: Allaitement au sein

- ☐ lait maternel ☐ sevrage primaire

8b. Allaitement au sein exclusif, prédominant et partiel, sevrage secondaire

Les indications suivantes **concernent les duos mère-enfant qui ont commencé l'allaitement au sein**

[Effacer les données saisies](#)

- ☐ Allaitement exclusif durant tout le séjour hospitalier
☐ Allaitement prédominant: allaitement au sein avec supplément hydrique (sans préparations pour nourrissons) durant une certaine période lors du séjour à l'hôpital.

Quel est le supplément hydrique que le bébé a reçu?

- ☐ eau sans sucre ☐ MD

- ☐ Allaitement au sein partiel: lait maternel et préparations pour nourrissons durant une certaine période lors du séjour à l'hôpital.

Le bébé a-t-il reçu des préparations pour nourrissons au cours des dernières 24 heures avant la sortie?

- ☐ non ☐ oui

- ☐ Sevrage secondaire

Raison principale conduisant à donner à l'enfant un supplément hydrique ou des préparations pour nourrissons; raisons du sevrage secondaire

- ☐ sur prescription médicale, à cause de dispositions médicales concernant la mère, cf. question 2
☐ sur prescription médicale, à cause de dispositions médicales concernant l'enfant cf. question 5
☐ selon le désir de la mère
☐ autre

9. Moyens auxiliaires

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ pas de moyens auxiliaires ☐ tétérrelle
☐ cuillère, gobelet, cupule ☐ biberon
☐ tire-lait ☐ sucette (lolette)
☐ autre:

Remarques supplémentaires

7 Bibliographie

1. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva 2017.
2. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402-17.
3. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr.* 2017.
4. Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeerhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter and C. G. Victora (2016). "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?" *Lancet* 387(10017): 491-504
5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517
6. Victora, C. G., R. Bahl, A. J. Barros, G. V. Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, N. C. Rollins and G. Lancet Breastfeeding Series (2016). "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect." *Lancet* 387(10017): 475-490.
7. Conzelmann-Auer C, Ackermann-Liebrich U. Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1995;40:396-398
8. World Health Organisation and Wellstart International. Promoting Breast-feeding in Health Facilities- A Short Course for Administrators and Policy Makers. WHO, Geneva, Switzerland; 1996
9. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten - nationale Studie 2003. In: Eichholzer-Helblin M et al (Hrsg.). Fünfter Schweizer Ernährungsbericht. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2005. S. 109-124
10. Gross K, Späth A, Dratva J, Zemp Stutz E. SWIFS - Swiss Infant Feeding Study : eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr : Schlussbericht. (2014). Bericht verfügbar unter: www.swisstph.ch/swifs
11. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *J Hum Lact.* 2004;20:9-17
12. Forrester-Knauss C, Merten S, Weiss C, Ackermann-Liebrich U, Zemp Stutz E. Results of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Switzerland: Trends over a nine-year period. *Journal of Human Lactation* 2013. doi:10.1177/0890334413483923
13. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:702-708
14. Moore ER, Anderson GC, Bergman N: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2

Les rapports sur le « Monitoring de la promotion de l'allaitement maternel dans les maternités certifiées » des années 1999 à 2016 ainsi que le rapport sur la phase pilote concernant l'évaluation du nouveau questionnaire en 2011 peuvent être obtenus auprès du Swiss TPH.